مركز تعريب العلوم الصحية

الطب النفسي عند الأطفال

ترجمة : د. لطفي الشربيني و د. حنان طقش

مراجعة: د. ماجد موريس و د. چاكلين ولسن

تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

الباب الأول

التقييم. التصنيف. الوبائيات

Assessment, Classification and Epidemiology

الفصل الأول

التقييم

Assessment

تضم عملية التقييم النفسي للأطفال قائمة طويلة ومجهدة من الموضوعات التى يجب تغطيتها، وتحوي مجموعة من الملاحظات لابد من القيام بها؛ مما يحول الموقف إلى خبرة عسيرة على جميع المعنيين بالأمر، ويُفضل أن نبدأ عملية التقييم بفكرة واضحة عن الأهداف التي سيتم تناولها لاحقاً بإسهاب. إن الأهداف تختلف عن الوسائل، حيث يناقش الجزء الأول من هذا الفصل الأهداف بينما يتعامل الجزء الثانى مع الوسائل، ويقدم بعض الاقتراحات لكيفية ترتيب أولويات الاستفسارات للحصول على المعلومات المطلوبة.

خمسة أسئلة محورية (Five key questions):

تحتاج عملية التقييم تضمين الأسرة وإشراكاها؛ لإرساء أسس المعالجة مع التركيز على خمسة أسئلة محورية واردة فى القائمة التالي ذكرها، فهناك الكثير الذي ينبغي ذكره والاستفسار عنه في الزيارة الأولى لإجراء تقييم شامل، على ألا يتم ذلك في محيط من الضغط العصبي للأسرة والذي من الممكن أن يؤدي إلى عدم طلبها للمساعدة مرة أخرى.

ولا يشكل عدم استكمال التقييم فى الجلسة الأولى كارثة؛ طالما أنك نجحت فى إشراك الأسرة وضمان تعاونها شريطة أن تلاحظ أنت ذلك، وتعمل على استكمال المعلومات الناقصة فى الجلسات التالية.

ويجب النظر إلى كافة عمليات التقييم كفرضيات مؤقتة دافعة للعمل على تحديثها وتصحيحها طوال فترة الاحتكاك مع الأسرة. فإذا كان من الخطأ أن نشرع فى العلاج بدون تقييم كاف، فإنه من الخطأ الفادح أيضاً أن نتناسى أن تقييمك للمريض قد يحتاج إلى مراجعة وخاصة إذا لم يكن العلاج فعالاً.

وتوضح لنا القائمة الآتية الأسئلة الخمسة المحورية التي يجب الاستفسار عنها ونعطيها اختصار (SIRSE) ليكون من السهل أن تذكرها:

ـ الأعراض (Symptoms)	: ما نوع المشكلة؟
ـ الأثر (Impact)	: ما مقدار المعاناة أو الخلل الذى تسببه؟
ـ عوامل الاختطار (Risks)	: ما العوامل التي سببت المشكلة وأدت إلى استمرارها؟
ـ مواطن القوة (Strengths)	: ما الأسس الموجودة والتي يمكن الاعتماد عليها فى العلاج؟
ـ النموذج التفسيري للأسرة (Explanatory model)	: ما معتقدات وتوقعات الأسرة من العلاج؟

وبالرغم من اشتراك أطباء الأطفال النفسيين وزملائهم في العديد من أنواع التقييم نجد أن هذه الأسئلة الخمسة المحورية لها دورها فى جميع الحالات تقريباً، لكن مع التنوع في المداخل والأساليب ونقاط التركيز.

وسيركز معظم ما تبقى من الفصل على أسلوب يسعى جاهداً لشرح الشكوى الحالية الناجمة عن معاناة الطفل من اضطراب أو أكثر بهدف الوصول إلى صياغة تشمل الأسباب والمآل والعلاج. ويُفضَل في بعض الحالات المحولة للعلاج التركيز على الصعوبات الأسرية أو الخلل فى نظام الأسرة ككل بدلاً من تناول مشكلة الطفل الحالية على حدة.

الأعراض (Symptoms):

تشتمل معظم المتلازمات النفسية في الأطفال على مزيج من الأعراض (والعلامات) في أربعة مجالات أساسية وهي: الانفعالات، والتواصل، والنمو، والعلاقات، إلا أنه كما هو معروف لكل قاعدة شواذها، وأكثر ما نلاحظها في الفصام والقهم العصابي.

وتتمثل الأعراض الأربعة الأساسية في:

1 ـ الأعراض الانفعالية.

2 ـ مشكلات السلوك.

3 ـ تأخر النمو.

4 ـ صعوبات العلاقات الاجتماعية.

تمثل ***الأعراض الانفعالية للطبيب*** النفسي للأطفال أعراض مألوفة إلى حد كبير له، لمعظم العاملين في الصحة النفسية، وكما هو الحال مع الراشدين، فمن المناسب أن نتحقق من وجود أعراض القلق والمخاوف، (عن أى تجنبات أخرى نتيجة لذلك)، كما يجب أن نسأل أيضاً عن الشعور بالتعاسة، وما قد يرتبط به من ملامح اكتئابية، وتشمل الشعور بفقدان القيمة، واليأس، وإيذاء الذات، وافتقاد المتعة، وضعف الشهية، واضطرابات النوم، والإنهاك. ويمكن أن تظهر أعراض اضطراب الوسواس القهري بين صغار الأطفال بما فيهم أطفال ما قبل المدرسة. وتعتبر الحاجة للتحقق بحرص من وجود أعراض جسدية موازية للأعراض الانفعالية واحدة من أهم النقاط التى تميز الطب النفسي للأطفال عن نظيره للراشدين، فعلى سبيل المثال، تُعزَى آلام البطن الصباحية شائعة الحدوث في بداية الأسبوع عند الأطفال إلى الشعور الخفي بالقلق من المدرسة أو من الانفصال عن الوالدين.

وتعتبر تصريحات الوالدين مصدراً أولياً للمعلومات عن الأعراض الانفعالية التى يعاني منها صغار الأطفال، بينما تزداد أهمية الحصول على التقارير الذاتية عند الأطفال الأكبر سناً والمراهقين، ومن الغريب، أن تختلف عادة تقارير الأطفال وتصريحات الوالدين عن الأعراض الانفعالية، وعند موازنة التقارير المتعارضة فإنه يصعب فى بعض الأحيان أن نقرر من نصدق بطريقة مباشرة فمثلاً، ربما يكون الوالدان قد قاما بوصف تسلسل من الأحداث بتفاصيل مقنعة؛ مما تسبب عنه خوف طفلهم من الكلاب إلى حدوث نوبات من الرعب أو فقدان الرغبة في الخروج، بينما يظهر إدعاء الطفل أنه لم يسبق له الخوف أبداً من أي شيء. إن هذا الإدعاء

في حقيقته هو خليط من التظاهر بالشجاعة والرغبة في الانتهاء من المقابلة بأسرع وقت ممكن. وعلى النقيض، فقد يظهر كلام مراهقة أنها تعاني من مستوى قلق يؤثر على نومها وتركيزها على الرغم من عدم معرفة والديها بهذا؛ لأنها لم تصارحهما بمعاناتها من قبل، كما أنها تمضي الكثير من وقتها في غرفتها، وفي حالات أخرى، يصعب معرفة أو تحديد من نصدق وقد يكون من المفضل أن نتقبل وجهات نظر متعددة بدلاً من الاعتماد على حقيقة مفردة.

إن ***مشكلات السلوك*** التي تطغى على معظم ممارسات الطب النفسي للأطفال هي مناطق أقل ألفة لدى غالبية العاملين في مجال الصحة النفسية، حيث إن الراشدين الذين يعانون أعراضاً مشابهة يلجأون غالباً إلى المحاكم أكثر من العيادات.

يجب أن نسلط الضوء على ثلاثة أبعاد أساسية للسلوك وهي: السلوك المنحرف المصحوب بنوبات من الهياج وسرعة الاستثارة وسوء المزاج، والسلوك العدواني والتخريبي، والسلوك المعادي للمجتمع مثل السرقة وإشعال الحرائق والإدمان.

تشكل تقارير الوالدين والمدرسين غالباً المصدر الأساسي عن اضطرابات السلوك رغم أن الأطفال والمراهقين قد يخبرونك أحياناً عن بعض الأفعال الحمقاء التي يقومون بارتكابها ولا يعرفها الأهل أو المدرسون. ويُعد سؤال الأطفال عن انحرافاتهم السلوكية محدود القيمة لأنهم (مثل الراشدين) يصعب عليهم ملاحظة، أو تحديد متى أصبحوا غير ملتزمين أو اتسموا فيها بالتخريب وإثارة المشكلات، ولكنهم يجيدون ملاحظة مثل هذه السلوكيات لدى الآخرين.

وقد يكون تقييم ***تأخر النمو*** صعباً بصفة خاصة على الآباء الجدد الذين لم ينجبوا أطفالاً من قبل وليس لديهم خلفية عن صحة الأطفال، فما يمكن تقييمه ببساطة في مرحلة الرشد قد يكون معقداً أثناء مرحلة النمو. ولنأخذ القياس الجسمي مثلاً على ذلك، فراشد طوله متر يعتبر قصيراً بينما طفل طوله متر قد يكون قصيراً أو متوسطاً أو طويلاً، وذلك اعتماداً على عمره، وما لم يكن فى متناول يديك قائمة بمعدلات النمو فمن الممكن أن تعجز بسهولة عن تحديد الأطفال المخالفين لمن هم في مثل سنهم سواء كانوا أطول أم أقصر.

تظهر هذه المشكلة في الجانب النفسي بصورة أقوى، إذن ماذا سنفعل إذا كان لابد أن تُجري تقييماً في مدة قدرها (خمس دقائق) لأطفال في أعمار مختلفة؟ هل ستتجاوز الأطفال الذين لديهم قصور لغوي، أو الأطفال المتفوقين بالنسبة لمن هم في مثل عمرهم؟ ما طول مدة الجلوس لطفل في الخامسة بثبات دون تململ ؟

ففي غياب معايير جيدة متعارف عليها سيكون عليك الاعتماد على الزملاء من أهل الخبرة، حتى تتدرب على اكتساب الخبرة الذاتية، وتذكر أيضاً أن أهل الخبرة من الآباء والمدرسين من النادر أن يهتموا بأمر ما دون سبب وجيه يستدعي انتباههم.

أما مجالات النمو ذات الأهمية الخاصة في الطب النفسى للأطفال فهي: الانتباه وتنظيم النشاط، والنطق واللغة، واللعب ومهارات الحركة، وضبط المثانة والإخراج، والتحصيل المدرسي خصوصاً في القراءة والإملاء والرياضيات.

وللحكم على مستويات الأداء الحالية يمكنك الاعتماد على الملاحظة المباشرة، وعلى تقارير الوالدين والمدرسين، فسؤال الوالدين عن معالم النمو يمكنه أن يعطيك مؤشر عن المسار السابق لنمو الطفل.

إن تقييم ***صعوبات العلاقات الاجتماعية*** لدى الطفل هي مهمة شاقة، ويرجع ذلك جزئياً لتغير علاقات الأطفال أثناء النمو، كما أنه يصعب تحديد إذا ما كان عدم انسجام الطفل مع الآخرين يرجع إلى حالته الصحية نفسها أم أن عدم الانسجام هو انعكاس لمشكلة فى الآخرين، فعلى سبيل المثال، في حالة عدم قدرة طفل مصاب بالشلل الدماغي على اكتساب الأصدقاء أو الحفاظ عليهم يصعب تحديد هل السبب يرجع إلى حاجة الطفل للمهارات الاجتماعية أو أن سبب المشكلة يرجع إلى انزواء الأطفال الآخرين عنه؟

ويظهر الخلل في التعامل بشكل لافت في اضطرابات التوحد، ويأخذ بصورة عامة واحداً من ثلاثة أشكال وهي: لا مبالاة متحفظة بالآخرين، أو التقبل السلبي للتفاعل مع الآخرين خاصة عندما يبادر الآخرون لتحقيق هذا التفاعل. كما يفتقر

المريض إلى الاهتمام الاجتماعي والتعاطف وينفر الآخرون بسبب عدم ملاءمته للحالة الشعورية. وقد تظهر فى التوحد أيضاً بعض أعراض الهياج وعدم التحفظ مع الغرباء أحياناً مع فرط النشاط واضطراب العلاقات، كما تظهر مثل هذه الأعراض أيضاً في حالات الهوس، وعقب إصابات الرأس الحادة ثنائية الجانب.

وقد يصاحب الهياج أسلوب إلحاح مزعج، ولكن إذا ظهرت هذه السمات بقدر قليل فإنها تبدو شديدة الإزعاج، فبعد التعرف على الطفل بعدة دقائق قد تحكم عليه بأنه صريح أو مبتهج أو منفتح أو غريب الأطوار، ومع طول فترة التعارف يزول الإبهار، ويوضح التاريخ المرضي أن سلوكيات الطفل سرعان ما تصبح مزعجة لمن يتعامل معه باستمرار سواء من الراشدين أو الأطفال.

ويعاني بعض الأطفال من صعوبات في المشاركة في الحياة الاجتماعية مع الأطفال أو الراشدين سواء من الغرباء أو الأصدقاء. ويعاني البعض الآخر من صعوبات في أنواع محددة من العلاقات الاجتماعية مثل الصداقة أو علاقات التعلق بالآخرين، بل قد تكون المشكلة محددة مع شريك اجتماعي مهم، ولذا يتعلق معظم الأطفال بعدد صغير نسبياً من الشخصيات الأساسية، وتعتمد نوعية ارتباط الطفل على هؤلاء الأشخاص الأساسيين الذين يتعامل معهم الطفل وعلى نوع هذا الارتباط: (آمن، مشوش، عنيد، متحفظ،) فعلى سبيل المثال، قد يكون الارتباط غير آمن مع المسؤول عن رعاية الطفل وآمن مع غيره من مقدمي الرعاية (انظر فصل 28). وتظهر مثل هذه النوعية في علاقات الأشقاء.

يمكنك جمع معلومات عن علاقات الطفل الاجتماعية من عدة مصادر. فمن المفيد جداً ملاحظة طريقة تفاعل الأسرة في غرفة الانتظار أو في غرفة الاستشارة، وكذلك ملاحظة تعامل الطفل معك أثناء الفحص البدني والنفسي. واذا كنت تتبع في فحصك نمطاً معيناً تطبقه على جميع الأطفال فسيلفت انتباهك خجل أحد الأطفال وإجاباته المقتضبة طوال الوقت، بينما تجد طفل آخر من نفس السن كصديق مفضل ويرغب في التسلق إلى حضنك.

لاحظ أيضاً ما يمكن تسميته في ظروف أخرى بالتحول المضاد، فعلى سبيل المثال، هل وجدت الطفل قلقاً؟ هل أرهقتك المقابلة؟ فهذه الأمور تعتبر مؤشرات هامة للشعور الذي يثيره الطفل في العديد من الناس. إن الملاحظة المباشرة تدعم تاريخ

الحالة، ويمكن للوالدين دائماً أن يخبراك بالكثير عن علاقات طفلهم منذ السنوات المبكرة وحتى الآن، من الجيد الحصول على تقرير المدرس عن علاقة الطفل مع زملائه، مع الانتباه لعدم وعي المدرس الدائم بمشكلات الزملاء حتى عندما تكون هذه الخلافات حقيقية، فالمدرسون لا يراقبون عادة ساحة اللعب.

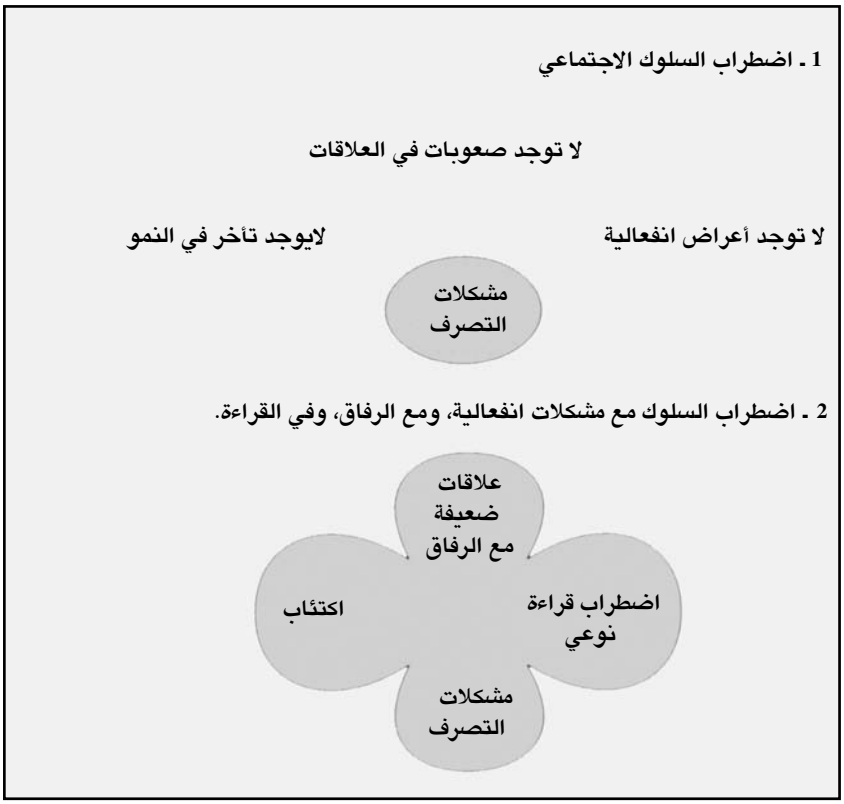
معظم المرضى لديهم أعراض فى أكثر من مجال واحد

(Most patients have symptoms from more than one domain):

يعاني قلة من المرضى من أعراض تنحصر في مجال واحد فقط، وكذلك الأطفال فنجد من بين الذين يعانون من اضطراب القلق العام لديهم أعراضاً انفعالية خالصة، وبين الأطفال الذين يعانون من اضطراب العلاقات الاجتماعية نجد من يعانون من مشكلات سلوكية، وبين الأطفال المصابين باضطراب التعلق الجامح، وهناك من يعانون من صعوبات في العلاقات، ومن الممكن أن يعاني عدد من الأطفال من تأخر نمائي منفرد مثل التبول اللاإرادي غير عضوي المنشأ، أو الاضطراب اللغوي الاستقبالي، أو الاضطراب النوعي في القراءة، إلا أن مثل هؤلاء الأطفال لا يعرضون عادة على الطبيب النفسي في حال غياب أعراض ذات أبعاد أخرى، كما يعاني بعض الأطفال من فرط النشاط، ويُعرضَون على الطبيب النفسي لمجرد تأخر نمو التحكم في الانتباه والنشاط.

معظم مرضى طبيب الأطفال النفسي يعانون من أعراض في مجالين أو أكثر، فعلى سبيل المثال، نجد أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك غالباً لديهم أعراض انفعالية، ومشكلات مع الأقران، وتأخر في النمو مثل اضطراب نوعي في القراءة أو فرط النشاط. (انظر الشكل 1-1).

يقدم اضطراب التوحد مثالاً آخراً لزمرة من الأعراض في أكثر من مجال، وتشمل الأعراض الجوهرية لاضطراب التوحد مجالين أساسيين هما: النمط المميز فى العلاقات مع الآخرين، وتأخر النمو (أو انحراف النمو) كما أن الأطفال التوحديين يظهرون عادة بعض المشكلات السلوكية مثل نوبات الغضب الجامح، وبعض المشكلات الانفعالية مثل المخاوف غير المعتادة.


1 ـ اضطراب السلوك الاجتماعي
لا توجد صعوبات في العلاقات
لا توجد أعراض انفعالية
لايوجد تأخر في النمو
مشكلات التصرف
2 ـ اضطراب السلوك مع مشكلات انفعالية، ومع الرفاق، وفي القراءة.
علاقات ضعيفة مع الرفاق
اكتئاب
اضطراب قراءة نوعي
مشكلات التصرف

الشكل رقم (1-1): من الممكن أن تكتنف المتلازمات على عرض في مجال واحد أو أكثر

التأثير (Impact):

يعاني معظم الأطفال من بعض المخاوف، والأشياء المقلقة، وينتابهم فترات من الحزن، وفترات يسيئون فيها التصرف، ويتململون، أو يفشلون في التركيز، ولكن متى يمكن اعتبار هذه الأعراض اضطراباً وليس تغيراً وتفاوتاً طبيعياً؟

تُصنَف هذه الأعراض عموماً على أنها اضطراب إذا كان لها أثر كبير، لم يشتمل التصنيف التشخيصي الإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III) على هذا التأثير فكان أحد عيوب هذا التصنيف، وقد أظهرت نتائج دراسة أُجريت

على عينة مماثلة لأطفال من بورتوريكو أن نصف الأطفال يعانون من أمراض نفسية بناءً على معايير هذا التصنيف، وهو معدل يدعو للسخرية لأن معظم هؤلاء الأطفال لم يُصنَفوا كحالات مرضية وفقاً للخلفية الإكلينيكية. وتم تعديل هذا العيب منذ ذلك الوقت في التصنيف التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، وكذلك فى معايير التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية لمنظمة الصحة العالمية (ICD-10) ليدخل معيار التأثير ضمن معايير التشخيص، ويتم الحكم على مدى التأثير من خلال:

1 ـ القصور الاجتماعي:

- ـ الحياة الأسرية.
- ـ التعلم في غرفة الدرس.
- ـ الصداقات
- ـ الأنشطة الترفيهية.

2 ـ معاناة الطفل.

3 ـ إزعاج الآخرين.

ويجب أن يكون مقياس التأثير الحقيقي متعلقاً بمدى ما تسببه الأعراض من قصور اجتماعي يتعارض بصورة كبيرة مع قدرة الطفل على الوفاء بالدور الطبيعي المتوقع منه في الحياة اليومية، وخصوصاً الحياة الأسرية، والأداء المدرسي، والصداقات، والأنشطة الترفيهية واضعين في الاعتبار درجة تأثرها وتداخلها أحياناً مع الصحة البدنية للطفل وأدائه لعمل مدفوع الأجر.

وهناك معياران هامان لتحديد مقدار هذا «التأثير» وهما مدى معاناة وضيق الطفل، ودرجة إزعاجه وعرقلته للآخرين، فالأطفال القلقون والمكتئبون مثل نظائرهم من الراشدين يستطيعون أحياناً القيام بما هو متوقع منهم من متطلبات الحياة اليومية رغم معاناتهم الداخلية. وقد تتسبب مشكلات السلوك في إزعاج كبير للآخرين دون أن يتأثر الطفل نفسه بتلك المعاناة أو الخلل الاجتماعي، فعلى سبيل

المثال، فإن آباء وأشقاء الأطفال المعاقين إعاقات بدنية شديدة أو عقلية يتمتعون بصبر واضح إزاء انحراف السلوك أو نوبة الهياج أو التدمير التي يفعلها الطفل المعوق، ويتحملون بذلك معاناة شديدة، وهم واثقون ومقتنعون أن مريضهم غير مسؤول عن فعله، ففي مثل هذه الحالات يكون من المنطقي تشخيص الاضطراب كواقع ومعالجته بالرغم من أن الطفل غير متضرر اجتماعياً من هذه الأعراض، وأمام مثل هده المنعطفات هل يمكن أن ننظر إلى جميع المنحرفين على أنهم مرضى نفسيون؟ نأمل أن تكون الإجابة بالنفي.

عوامل الاختطار (Risk Factor):

ماسبب المشكلات النفسية التي يعاني منها الطفل الذي يتم تقييمه؟ فعلى الرغم من امتلاء العالم بإناسٍ يدعون معرفة سبب الاضطراب النفسي لطفل ما (أرجية غذائية، قصور في التربية، جينات وراثية، تدريس ضعيف، تلف وطائي، صراعات لا شعورية وغيرها)، فإن تحديد سبب واحد لاضطراب الطفل نفسياً نادراً مايكون ممكناً من الناحية العلمية، وبالطبع قد يكون هنالك استثناءات، فقد يكون معقولاً أن نعزي سلوك عض الطفل القهري لإصابته بمتلازمة ليش نيهان (Lesch-Nyhan syndrome) والتي قد تدفع الطفل المريض إلى قطع أصابعه بأسنانه وتقطيع شفتيه ولسانه، فوجود هذا الخلل الخلقي الاستقلابي الناتج عن عوز كامل لأحد الإنزيمات المكتنفة في استقلاب البيورين (purine metabolism)، والذي يكفي لضمان حدوث ذلك السلوك بغض النظر عن وجود العوامل الجينية أو البيئية الأخرى.

نجد من خلال المقارنة أن معظم الأسباب في طب نفس الأطفال يُنظَر لها في أفضل الحالات كعوامل تهديد وخطورة تزيد من احتمالية حدوث اضطراب ما دون ضمان أو تأكيد لظهوره. وهكذا فإن كان تعرض الأطفال لمراحل وخيمة من الخلافات الزوجية بين الوالدين يعتبر عامل خطورة لحدوث اضطرابات السلوك، وعلى الجانب الآخر يتعرض العديد من الأطفال أيضاً لمثل هذه النزاعات بين

والديهم دون أن يعانوا من اضطرابات السلوك، ولذا ينبغي علينا تناول الاضطرابات النفسية للأطفال في ضوء تجمع أو تتابع مجموعة من عوامل الاختطار، والتي من شأنها أن تسبب حدوث المرض، وباستخدام هذه الطريقة نجد لدينا ثلاثة أنواع من العوامل وهي: عوامل مهيأة للمرض أو الاضطراب معززة، وعوامل مرسبة على حدوث المرض، وعوامل معززة تعمل على استمراره، ولنضرب مثالاً على ذلك: يوجد ثقب في النافذة لأن الزجاج المستخدم في صناعتها من النوع الرقيق مما يجعله سهل الكسر (العامل المهيء)، وقد ارتطمت به حصاة (العامل المرسب)، ولم يهتم أحد باستبدال اللوح المكسور (العامل المعزز)، وينطبق هذا على الطفل كثير التعلق بوالديه ولم يكن له الكثير من الأصدقاء (العامل المهيء)، ويرفض العودة للمدرسة بعد شجار مع صديق، وبعد تغيبه لعدة أيام بسبب إصابته بالبرد (العامل المرسب)، ويشعر والداه بالقلق الشديد حول معاناته ويشعران أن إرغامه على العودة للمدرسة سيكون مجحفاً له، ولكن كل يوم غياب يزيد من صعوبة العودة للمدرسة، حيث إنه يتأخر أكثر في تحصيل دروسه، ورفاقه في اللعب وجدوا رفاقاً جدداً للعب معهم (العامل المعزز).

يمكن شرح وجود الاضطراب في ضوء:

- عوامل مهيئة (Predisposing factors).
- عوامل مرسبة على ظهور الاضطراب (Precipitating factors).
- عوامل معززة (Perpetuating factors).

مع غياب:

- عوامل الحماية (Protective factors).

ومع التدريب الذاتي في ضوء الأسباب المتداخلة والمتعددة يجب أن تتذكر دائماً مقدار قصور معرفتنا في الوقت الحاضر، فمعرفتنا الحالية عن أسباب الأمراض ستبدو بسيطة أو مضللة، فتاريخ علم الطب النفسي يرجع إلى بضع مئات من السنين أو حتى أقل. وتوضيح هذه الصورة للوالدين عادة يكون مفيداً، فالتوكيد

الجازم بأنك تعرف الحقيقة الكاملة حول الأسباب ستكون أقل قبولاً من قولك المدعم بالحجة بأنك تعرف ما يكفي عن الأسباب، والذي يؤهلك لتقديم نصائح مفيدة في عملية العلاج على أن تغطى عدة مجالات عند البحث أو السؤال عن عوامل الخطورة المعروفة. إن التركيز التقليدي على العوامل الأسرية يعتبر مقبولاً حيث إن أسرنا مسؤولة عن تزويدنا بالعوامل الوراثية (الجينات) وبجزء هام من المتغيرات البيئية، وهكذا فإن التاريخ العائلي هام من الناحية الوراثية، وتاريخ الخلافات الأسرية مهم من الناحية البيئية، كما أن التاريخ العائلي للأمراض العقلية قد يكون مهماً على الجانبين لأن له عواقب بيئية أو جينية.

يحكم الأطفال ثلاثة عوالم اجتماعية: الأسرة، والمدرسة وعالم الأقران بما له من ثقافة خاصة به، فلا تقصر اهتمامك بالعوامل البيئية على العالم الاجتماعي للأسرة فقط أو المدرسة وحدها، فإن إلقاء المدرس المسؤولية على الطفل باستمرار، وكذلك إيذاء الأقران له نفس درجة الأهمية، كما يجب أيضاً الاستفسار عن الأحداث السلبية في الحياة والانحرافات الاجتماعية.

قد يكشف الفحص النفسي والبدني عن عوامل خطورة للمشكلات النفسية لم تكن معروفة من قبل، فقد يظهر على سبيل المثال أن الطفل يعاني من اضطراب عته طفولي مبكر، أو متلازمة مخية خفيفة، أو نوبات صرع نفس حركية أو متلازمة الكحول الجنيني؛ مما يتطلب تحويل الطفل إلى مختص لإجراء فحص دقيق، وقد يظهر استخدام المقاييس النفسية انخفاض في مستوى الذكاء، وبعض صعوبات التعلم والتي تشكل جميعها عوامل اختطار لمشكلات نفسية عديدة والتي قد لا يتم ـ للأسف ـ اكتشافها في المدرسة.

مواطن القوة (Strengths):

سؤالك فقط عن الأعراض، والتأثير، وعوامل الاختطار سيجعل تركيزك محصوراً في السلبيات، تبحث عما هو خاطئ في هذا الطفل وعائلته؛ بينما يجب أن تبرز الإيجابيات فيما يتعلق بهذا الطفل وأسرته، وتحديد عوامل الحماية قد يصنف

نوع اضطراب هذا الطفل إن كان بسيطاً أم شديداً، ويجب أن نحدد عوامل الحماية التي تنطبق على باقي الأشقاء، وليس على الطفل المحول للعلاج؛ مما يساعد على فهم السبب وراء اضطراب هذا الطفل وحده دوناً عن أشقائه في الأسرة.

وتشمل عوامل الحماية إحساس الطفل بالقيمة ينبع من الاحساس بالتميز والنجاح في شيء ما، وعليك أن تبني خطتك العلاجية على مواطن القوة لدى الطفل وأسرته في المنزل، وكذلك على مواطن القوة في المدرسة والشبكة الاجتماعية الأكثر اتساعاً المحيطة بالطفل، ورغم أن هدف المعالجة يتم تحديده بناءً على ما هو خاطئ، فإن خيار المعالجة يعتمد عادة على ما هو صحيح.

يجب أن يُصمَم أسلوب العلاج بحيث تستخدم مواضع القوة لدى الطفل مثل، القدرة على اكتساب الأصدقاء، أو الاستجابة للإطراء، وعلى مواطن القوة لدى والديه مثل الانفتاح على تجربة أساليب جديدة مقترحة في الأسرة. ولاحظ أن إسهابك في التركيز على السلبيات في حياة الطفل قد يدفع الطفل وأسرته لمغادرة جلسة التقييم متضجرين يغالبهم شعور بأنهم تعرضوا لهجوم عنيف مما يقلل رغبتهم في العودة للمتابعة.

نحن نعيش في مجتمع يلوم الوالدين عموماً على مشكلات أولادهم، فإذا استسلم طفل لنوبة غضب عند الشراء من الباعة فإن المحيطين سينظرون بلوم وتأنيب للأب المرافق للطفل بدلاً من التعاطف معه، وتهتز ثقه الأب بنفسه، ويشعر بالذنب حول مدى مسؤوليته، ولا يعرف إذا كان يستحق اللوم فعلاً أم لا.

غالباً ما يشارك الوالدان المجتمع نظرته حول مسؤوليتهما المباشرة عن مشكلات أطفالهما، ويستطيع معظم الأباء تعيين نواحي قصور عديدة في تنشئتهم لأولادهم، ومن جهة أخرى فمعظم الآباء المترددون على العيادات يشعرون بأنهم ليسوا الأفضل ولا الأسوأ من غيرهم من آباء الأطفال الطبيعيين. ويخشى العديد من الآباء أن يقعوا فى دائرة الاتهام والذنب فيتحولوا إلى الهجومية والخشونة والحساسية، وأحد مهامك الأساسية أن تتعامل معهم كوالدين عاديين لهم مميزات

وفيهم عيوب، وتتيح المقابلة فرص عديدة لتسجيل وإبراز إيجابياتهم وإيجابيات طفلهم، وعليك أن تتجنب كمختص معاملتهم بتعالٍ.

تزيد احتمالية تقبل الوالدين لخطة العلاج التي يوصى بها إذا شعروا بأنك في جانبهما، وسيتقبلون ما تشمله من اقتراحات التغيير. أما إذا تحالفت مع الصغير ضد والديه (وهي نزعة شائعة بين المبتدئين) ستنجح فقط في مضاعفة شكوى الوالدين، وانتقادهم للطفل وفي تنفير الأسرة من العودة للمتابعة مرة أخرى في العيادة. كما تزيد أهمية البحث عن مواطن القوة عند مقابلتك لوالدين يعانيان من مواطن نقص واضحة، وعليك إبراز ما لديهما من هذه المواطن، ولا يعني هذا بالطبع أن تتغاضى عما لديهما من مشكلات في أدائهما الوالدي فهذه الصعوبات قد تكون مركزاً ينطلق منه العلاج أو الخيط الأول الذي تحيك منه برنامج الرعاية، ولكنك يجب أن تتذكر ـ لصالحك وصالحهم ـ أن هؤلاء الآباء لديهم مواطن قوة خاصة بهم رغم خلفياتهم المتواضعة، وغالباً ما يبذل الآباء أقصى طاقاتهم للقيام بمهامهم الأبوية للحصول على أكبر عائد من طفلهم، وبينما يجد الوالدان الناجحان مردوداً واضحاً لجهدهما من الطفل يجد الوالدان المخفقان أنهما بحاجة لبذل المزيد من الجهد مقابل نتائج أقل، ويكون من المفيد أحياناً التعرف على المشكلة الحالية على أنها الوجه الآخر لموطن قوة هام يتمتع به الطفل شأنها شأن الوجه الآخر للعملة، فعلى سبيل المثال، قد يظهر الطفل ذو العنفوان والذي تم تحويله إلى العيادة بسبب سلوكه الجريء والتخريبي في المنزل، والمدرسة مثابرة في مواجهة الأزمات، وكذلك فإن الطفل الحساس الذي هو فريسة لجميع أشكال القلق، قد يُظهِر تعاطفاً واحتراماً للآخرين يثير الإعجاب، وفي كل حالة من الحالتين السابقتين فإنه يفضل النظر إلى أي سمة باعتبارها جيدة ورديئة في آنٍ واحد بدلاً من الحكم عليها بأنها نقمة ليسهل التواؤم معها، بالإضافة، إلى هذا نعيد تعريف هدف المهمة العلاجية: «وهو أن ألا نمحو السمات الشخصية ـ وهو الأمر الذى يكون مستحيلاً ـ بأي حال من الأحوال ولكن علينا خفض التبعات والنتائج المزعجة للسمة».

النموذج التفسيري للأسرة
(The family's explanatory model):

تعتمد الطريقة التي نصور بها صعوبات الطفل السلوكية والإنفعالية على خلفياتنا المهنية والثقافية، ويعتمد هذا الكتاب على مجموعة من «نماذج التفسير» مستمدة من توجه الطب النفسي التجريبي للأطفال، وقد يعتمد بعض المختصين مثل موظفي الخدمة الاجتماعية، أو علماء النفس التربويين أو المعالجين النفسيين في تعاملهم مع نفس الطفل والأسرة على نماذج تفسير مختلفة متناسين أن الزملاء من مجالات أخرى لديهم أنماط تفسير مختلفة لنفس الطفل والأسرة. وهو خطأ قد يعيق التواصل، وينطبق هذا أيضاً على التواصل بين المختصين والأسر، حيث لا يعي المختصون غالباً بأن الأسرة قد يكون لها نموذج تفسير متميز خاص بها مفترضين بذلك أن جميع أصحاب التفكير السديد من العامة لديهم آراء متشابهة وإن كانت أقل تفصيلاً مما لدى هؤلاء المختصين.

إن معرفتنا تكاد تكون محدودة عن أنماط التفسير المتعددة التي تتبناها الأسر في تفسيرها لصعوبات الطفل الانفعالية والسلوكية بما لها من خلفيات اجتماعية وثقافية مختلفة، ورغم أنه من الواضح أن العامة يتبنون نماذج تفسير معقدة ومتداخلة ومختلفة عن تلك التي لدى الأطباء وغيرهم من المختصين حول الأسباب والظواهر المرضية وفسيولوجيا المرض والتاريخ الطبيعي والعلاج.

وبمعنى آخر فإن الأسرة تأتي إلى العيادة بتوقعات تختلف كثيراً عن تلك التي تعتقدها، ولا يجب أن تحاول التنبؤ بوجهة نظر الأسرة انطلاقاً من التصور النمطي حول طبقتهم وثقافتهم، فالطريقة المنطقية لمعرفة اعتقادهم هي توجيه أسئلة عامة والاستماع الجيد لإجابتهم.

وبعد سؤالك للأسرة عن شكواها الحالية يتبع ذلك تلقائياً الاستفسار عن طريقة تعاملهم مع المشكلة، وأسبابها من وجهة نظرهم، وتصورهم لطريقة علاجها والتعامل معها.

قد ترتبك بعض الأسر وتفصح لك أنها لا تعرف، وهنا يأتي دورك لتخبرهم

ماذا سيفعلوا، ولكن سيخبرك العديد من الأسر بأشياء كان سيصعب عليك تخمين وجودها. فعلى سبيل المثال، يخشى والدا الطفل ضعيف التركيز من وجود ورم دماغي لدى طفلهم ويطلبون إجراء تفريسة للدماغ، أو يعتقدون في إمكانية علاج الأعراض بالتنويم المغناطيسي، وإن لم تسألهم قد لا يخبراك وينصرفان بخيبة أمل وبلا عودة، ويجب سؤال الوالدين عن وجهة نظر الآخرين من الشخصيات المهمة بما فيهم الأجداد، والأصدقاء، والجيران، والمدرسين حول أسباب وطرق معالجة المشكلة، فقد تخبرك والدة الطفل مثلاً بأن أم الزوج تصر على أن مشكلة الطفل نشأت بسبب عمل الأم المستمر، وعدم قضائها وقتاً كافياً مع طفلها.

إن معرفتك بالنموذج التفسيري للأسرة يمنحك فرصة لتقديم وجهة نظرك حول أكثر طرق العلاج ملائمة لهم في نهاية التقييم. وبإمكانك أن توضح لهم أن هذه الأعراض لا تشابه إطلاقا أعراض الأورام الدماغية، وأن تفريسة الدماغ لن تغير من طريقة التعامل مع المشكلة، ورغم أنك لست خبيراً في التنويم المغناطيسي، ولكنك تعرف أنه حتى المنوم المحترف لن يمكنه فعل الكثير لمثل هذه الحالات. وعليك التأكيد على أن نمط الرعاية النهارية التي اختارها الوالدان لطفلهما لا دور لها في مثل هذه المشكلة، وأنه لا توجد أسس علمية تُرجع أسباب نقص نشاط الطفل إلى عمل الأم عند تقديم بديل رعاية جيد للطفل، وأبدي استعدادك لمناقشة الجدة في ذلك لو رغبا في ذلك، وسوف يدهشك تمسك بعض الأسر بنماذج غريبة للتفسير، ولكن معظم الأسر تكون مستعدة لتعديل نموذجها إذا بذلت بعض الوقت لتفسير الحقائق، وفي نهاية التقييم الدقيق الذي قد تعلق عليه الأسرة آمالاً كبيرة، وسيكون من المخجل جداً أن يؤدي الفشل في اكتشاف نموذج تفسير الأسرة إلى تعارضهم مع المختص الأمر الذي يؤدي إلى عدم الرضا المتبادل.

بعض الأفكار المفيدة لمعرفة «كيف» [Some (How to) Tips]:

ما الوسائل التي ستستخدمها للحصول على إجابات الأسئلة الخمسة المحورية، وما الطرق التي تضمن بها إشراك الأسرة وتعاونها؟ لا توجد هناك قواعد ثابتة وسريعة تناسب جميع العيادات والمختصين والأسر والشكاوى. وهنا تظهر

قيمة الإشراف الإكلينيكي الجيد حيث المشاركة في جلسة تقييم يقوم بها مجموعة من الزملاء الأكثر خبرة، وتكون ذات قيمة تعليمية وتدريبية عالية، ويشتمل الجزء المتبقي من الفصل على اقتراحات حول «الكيفيات» وهي مجرد إرشادات أكثر منها حلول جاهزة.

كيف.. تحصل على التاريخ المرضي للحالة من الوالدين (How to: take the history from parents):

كطبيب إكلينيكي متدرب لا يجب أن تتصرف وكأنك فى استبيان ناطق، وإذا كنت ترغب في أن يجيب الوالدان على مجموعة من الأسئلة ثابتة ومحددة مسبقاً فإن تعبئة استبيان مطبوع سيكون أسرع وأسهل بالنسبة لهما، إلا إذا كانا لا يستطيعان القراءة.

وأحد أنماط المقابلة والذي يُسمى «المقابلة المقننة بالكامل» (fully structured)، وتشتمل على ما هو أكثر قليلاً من استبيان يُطبق لفظياً حيث أن صياغة الأسئلة محددة مسبقاً، وغالباً ما يُجاب عنها بنعم أو لا؛ مما يؤدي إلى حصر مجال الإجابات الممكنة في الرفض أو الإيجاب أو تحديد المدة الزمنية أو الاستمرارية أو الشدة. وتستخدم الاستبيانات والمقابلات المقننة على نطاق واسع كأدوات بحثية؛ لأنها سريعة ورخيصة وسهلة التطبيق بطريقة معيارية، ولكن من عيوب استخدامها أن أجوبة الوالدين أحياناً تعبر عن قناعتهما أكثر مما تخبرك عن الطفل فعلاً، كما أنها قد تتأثر الإجابات بسوء فهم الوالدين للتعبيرات المستخدمة.

نوع آخر من المقابلات والتي تُعرَف «بالمقننة جزئياً» (Semi-structured) تساعدك في الوصول إلى أبعد من مجرد وجهة نظر الوالدين، فهي توصلك لملاحظة الأسس الذي قام عليه اقتناع الوالدين، ويتوقع ممن يقوم بالمقابلة أن يسأل أسئلة ضرورية للحصول على المعلومات اللازمة؛ ليتحقق من وجود أو عدم وجود عرض ما أو عامل اختطار أو قصور. وللقيام بذلك يقوم بالمقابلة لاستخدام أسئلة مفتوحة تتيح للوالدين فرصة تقديم اجابات متعددة، ومن الأسئلة المفيدة عادة أن تطلب من الوالدين وصفاً تفصيلياً لأمثلة حديثة عن سلوك الطفل.

وقد يوضح هذا المثال الفكرة أكثر مما توضحه أسئلة الاستبيان، أو من الأسئلة الواردة في «المقابلة المقننة بالكامل»، فسؤال الوالدين مثلاً، هل يعاني طفلكما من مشكلات في التركيز؟ وفي حال إجابة الوالدين بنعم فسوف تظل الصورة لديك غير واضحة، فهل الطفل ضعيف التركيز فعلاً وبموضوعية؟، أم أن الوالدين يضعان معايير عالية وغير واقعية للحكم على السلوك. وفي الأسلوب «المقنن جزئياً» يمكن استخدام خليط من الأسئلة المفتوحة والمغلقة لدفع الوالدين إلى الحديث وتشجيعهما على تقديم مثال حديث حول مدى مثابرة الطفل على أداء نشاط محدد دون التحول من شيء إلى آخر، هل يلعب مع الأصدقاء؟ هل يشاهد التلفاز؟ هل يتصفح كتاب؟ وهكذا، وعندها تستطيع أن تقرر من هذه الأمثلة ما إذا كان تركيز الطفل في المنزل مناسب لعمره أم لا.

ويمكن استخدام أساليب مشابهة في استكشاف التهيج والمخاوف وغيرها من مجالات المشكلات المذكورة، ويمكن أحياناً معرفة سبب عدم اهتمام الوالدين إذا أشار المدرسون إلى مشكلات أساسية في التركيز أنكرها الوالدان، كما يجب استكشاف ما إذا كان تركيز الطفل خارج المدرسة مناسباً بالفعل أم أن توقعات الوالدين مغايرة للحقيقة.

وتعتبر المقابلة «المقننة جزئياً» أسلوباً جيداً بشرط أن نحذر المبالغة في استخدامه، وإلا فإن المقابلة ستستمر لساعات طويلة، وأحد الخيارات هو استخدام استبيان أو مقابلة «مقننة بالكامل» للحصول على وجهة نظر عامة، ثم استخدام «مقابلة مقننة جزئياً» للحصول على مزيد من التفاصيل حول الجوانب الهامة للحالة.

ولتوفير الوقت يمكنك أن تفسح المجال للوالدين لوصف يوم عادي فى حياة طفلهما، وليكن اليوم السابق للمقابلة، مما يشكل نافذة مضيئة ليس فقط على الأعراض وما ينتج عنها من قصور، ولكن على حياة الأسرة وأساليب تنشئة الطفل أيضاً، ولمعرفة الإنفعالات التي يعبرون عنها. وسوف نطرح هنا نموذجاً مقترحاً للحصول على التاريخ المرضي للحالة من الوالدين.

1 ـ الشكوى الحالية (Presenting Complaint):

متى بدأت؟ متى كان الطفل لآخر مرة في حالة جيدة أو معافى تماماً؟ كيف ظهرت المشكلة؟ وإلى أى مدى تكررت ؟ ومتى تم ذلك؟ احصل دائماً على إجابة محددة بدلاً من قبوله جملة عامة، ما الذي يسبق حدوث الشكوى؟ ما الذى يحدث بعدها؟ كيف تستجيب الأسرة لمثل هذا السلوك؟ ما تأثيرها على باقي أفراد الأسرة؟ ما الذي دفع الأسرة لطلب المساعدة الآن؟

ـ راجع وجود أعراض أخرى مثل الانفعالات، والسلوك، والانتباه، والنشاط، والنوم، والأكل، وضبط المثانة والأمعاء (التبول والإخراج)، والآلام، والعرات (اللازمات).

2 ـ الأداء الحالي (Current functioning):

* ابحث عن معلومات حول الأنشطة اليومية المعتادة: تناول الطعام، والاستقلالية، وارتداء الثياب، واللعب والترفيه، والانضباط (الذهاب إلى السرير مبكراً)، والنوم، وهل تختلف هذه الأنشطة في عطلة نهاية الأسبوع؟ وما مدى تفاعل الوالدين مع الطفل؟

* **العلاقات الاجتماعية:**

علاقة الطفل بالأصدقاء: هل لديه أصدقاء؟ ما نوع النشاط الذي يشترك فيه؟ هل يتبادلون الزيارات المنزلية؟ ما مدى تكرار هذه الزيارات؟ هل هو خجول؟ هل هو قادر على انتظار دوره؟ قائد أم تابع؟ والنواحي الجنسية؟

علاقته بالراشدين: ما مدى انسجام الطفل مع والديه ؟ ومدى انسجامه مع غيرها ممن يتولون رعايته؟ ما مشاعرهم نحو الطفل؟ هل هناك أوقات سعيدة؟ ومتى؟

علاقته بالأشقاء: مع من يقضي الوقت؟ هل يستمتع بوقته أم لا ؟ هل هو غيور؟

3 ـ تاريخ الأسرة (Family history):

* معلومات عن تكوينها: ارسم شجرة العائلة، واسأل عن بعض التفاصيل عن الأقارب، وهل لدى أحدهم أية مشكلات صحية أو نفسية؟، وإذا وجد ما درجة قرابتهم للطفل؟ واسأل عن سجل أعمار أفراد العائلة والمهنة والأوصاف.

* معلومات عن العلاقات بين أفرادها: ما مدى انسجام الوالدين؟ هل يدعمان بعضهما؟ ما توقعاتهما من الطفل؟ كيف كانت طفولتهما؟ هل يتفقان في أسلوب التربية وكيفية تنفيذ العقاب؟ هل هما كثيري النقاش؟ ما مدى انسجام الأولاد معاً؟ ما طبيعة العلاقات بينهم؟ من الأكثر وقوعاً في المشكلات، ومن الأقل؟ كيف تختلف معاملتهم؟

* معلومات عن ظروفها: طبيعة السكن، والوضع المادي، وهل تغيرت الظروف مؤخراً؟ هل طلبت مساعدة الخدمات الاجتماعية مؤخراً؟

4 ـ التاريخ الشخصي (Personal history):

* الولادة والرضاعة: هل كان الطفل مرغوباً فيه من البداية؟ أي نوع من الأطفال كان أو كانت؟، ومعالم نموه، وهل كانت سابقة أو متأخرة أو مشابهة لنمو الأشقاء، وأولاد الأصدقاء؟

* المدارس: الأسماء وتواريخ التحاقه بها، وهل واجه صعوبات في الفصل، أم في اللعب؟ ما ترتيبه في الفصل؟ وما مستوى أداءه الأكاديمي؟ وهل يحصل أو بحاجة للحصول على مساعدة خاصة؟.

* الأداء الإجتماعي: الأصدقاء، ونمط اللعب.

* الصحة البدنية: نواحي الملائمة والقصور؟ الأمراض السابقة، والدخول للمستشفى، أو استشارة سابقة لاختصاصي نفسي؟

كيف: تقابل الطفل بمفرده (How to: see the child alone):

لا يجب الاندفاع نحو الموضوعات الصعبة من البداية عند مقابلة الطفل

وحده، حيث يُفضَل أن يبدأ التفاعل مع الطفل بالتركيز على مواضيع وأنشطة ومعارف محايدة، ولا يعني هذا تجنب المواضيع الحساسة أو الصعبة تماماً، ومع ذلك قد يرغب المعالج في تأجيل بعض المواضيع الصعبة إلى المقابلة التالية بعد زيادة الألفة بينه وبين الطفل.

* **الأطفال فوق الخامسة:** يُفضَل أن تتم المقابلة وهم جالسون، ومن المفيد عادة أن تطلب من الطفل أن يرسم، ويمكن للباحث أن يتحدث ويستخدم أسئلة مباشرة.

* **الأطفال دون الخامسة:** يجب ملاحظة اللعب، ويمكن المشاركة في اللعب والحديث، وتقليل استخدام الأسئلة المباشرة ما أمكن ذلك.

ما الأمور التى يجب التركيز عليها (What to cover):

1 ـ إنها فرصة جيدة لملاحظة:

أـ النشاط والانتباه، هل الطفل خجول أم متململ ومشوش؟ هل كثير القيام من مقعده والتجول؟ هل من الصعب تشجيعه على المثابرة في أداء مهمة ما؟ هل تشتته المثيرات الخارجية بسهولة؟

ب ـ نوعية التفاعل الإجتماعي: هل أظهر/ أظهرت بعض القلق عند اصطحابك له لبدء المقابلة؟ هل يهتم الطفل بالتواصل الاجتماعي؟ هل يستطيع عمل تواصل بصري ناجح؟ هل يتحدث/ تتحدث إليك أم معك؟ هل هو/ هي ودود بطريقة غير ملائمة؟ هل هو ودود أم جبان؟ ما نوع الإحساس الذي يثيره فيك؟

ج ـ مستوى النمو: يجب الانتباه إلى مستوى ضعف اللغة، والأفكار، والرسم واللعب.

2 ـ اسأل عما يجب على الطفل القيام به وناقشه فيه، فسينجذب هذا الطفل إليك ويظهر له المعالج كإنسان عادي، هل يفضل مشاهدة أم ممارسة الرياضة، أو التحدث مع الأصدقاء، أم استخدام ألعاب الفيديو، أو الطهي أو أي شيء آخر.

3 ـ يمكنك أن تستفسر عن الأعراض الإنفعالية، فمن الشائع أن يعاني الأطفال الأكبر سناً من القلق ومن الحزن دون أن يلاحظ الوالدان ذلك، ومن النادر أن يعبر الأطفال عن وساوسهم أو أفعالهم القهرية ما لم يسألوا عنها مباشرة، حيث يخجلون عادةً من التعبير عن هذه الأعراض المضطربة، وينطبق هذا أيضاً على أعراض اضطراب ما بعد الأزمة.

4 ـ اسأل عن الاصدقاء، وعن الاستفزاز والايذاء من الأقران، وقد يختلف وصف الأطفال إلى درجة كبيرة عن وصف الوالدين والمدرسين.

5 ـ من المفيد توجيه سؤال عام عن التعرض لإساءة أو لصدمة خفية بطريقة غير مباشرة، فقد تحدث أحياناً بعض الأمور المزعجة أو المخيفة للأطفال، ويصعب عليهم إخبار أي أحد عنها، هل حدث لك شيء مثل هذا؟ وفي بعض الأحيان يكون من الضروري الإستفسار عن الإساءة بصورة مباشرة أكثر.

6 ـ ماذا يفعل الطفل في حياته وما رأيه العام في الحياة؟ كيف يصف الطفل المشكلة التي كانت وراء إحالته للطبيب؟ يمكن الاكتفاء باستكشاف مواضيع قليلة في المقابلة الأولى، فهذا يرفع من معنويات الطفل، ومن المفيد أحياناً الاستفسار من الطفل على وصف تفصيلي ليوم عادي من حياته، أو على وصف مفصل لآخر للسلوك موضوع المشكلة. ويمكن توجيه سؤال مثل، ما الذي يحدث عندما تكون مشاغباً؟ وما رد فعل والدتك عندما تتصرف هكذا؟ ويجب استكشاف وجهة نظر الطفل حول الأحداث الهامة المحتملة في الحياة: موت العم أو الجد (حتى لو أخبرك الوالدان مسبقاً بأن الطفل لم يتأثر).

7 ـ قد يستلزم إجراء التقييم العمل مباشرة مع الطفل وتكون هذه فرصتك الأولى لتجذب انتباه الطفل. يجب أن تمحو المقابلة الأولى مخاوف الطفل من مقابلة المختص على الأقل، فكثير من الأطفال يذهبون إلى العيادة بأنواع مختلفة من التوقعات المخيفة، وذلك بسبب استخدام الوالدين الذهاب إلى الطبيب كوسيلة للتهديد، وقد يخاف الأطفال على سبيل المثال من أن يتعرضوا للتوبيخ، أو أن يتم

إبعادهم إلى دور الرعاية، أو إدخالهم المستشفيات، أو قد يتعرضون لأمور مؤلمة. قم بشرح ما سيحدث أثناء المقابلة وهدئ من روع الطفل على قدر ما تستطيع.

كيف: تلاحظ الأسرة كوحدة متكاملة
(How to: observe the family as a whole):

هل يراقب الوالدان الطفل ويضعان حدوداً لتصرفاته عند الضرورة؟ مامدى استجابة ودعم الوالدين للطفل عندما يُظهِر علامات القلق أو المعاناة؟ ما مقدار الدفء والفتور في علاقة الوالدين مع الطفل؟ (مع ملاحظة أن الدفء والفتور جانبان مستقلان وليسا جانبين لعملة واحدة).

هل هناك خلاف خفي بين الوالدين؟ هل يناقضان أم يدعمان بعضهما؟ من الذي يتولى الحديث؟ هل يلاحظان اختلافهما؟ وعند ذلك هل يتوصلان إلى اتفاق؟

كيف يتعامل الأشقاء مع بعض؟ هل يميز الوالدان بين الأطفال في المعاملة؟ هل هناك أحزاب واضحة ضمن الأسرة؟ على سبيل المثال، هل يتحزب الأب والابن ضد الأم، أو الأم ضد طفل أو الأب ضد الطفل؟ كيف يتصرف الطفل مع والديه؟ هل يجيد التصرف مع شعوره بالأمان، أو يقاطع محادثتهما، أو يتجاهل ويتحدى تعليماتهما، أو يراقبهم من بعيد؟ ماذا يفعل الطفل بالألعاب الموجودة؟ مالذي تستطيع أن تراه من شكل وطبيعة اللعب؟ هل هو تخيلي؟ ما مستوى النمو الذي يدل عليه؟ هل هناك محتوى محدد للعب (لعبة ذات طابع جنسي)؟ تجنب التسرع في تفسير حلقات اللعب القصيرة التي تشاهدها.

كيف: تجمع المعلومات من المدرسين؟
(How to: obtain information from teachers):

يختلف عادةً سلوك الأطفال في المدرسة عن سلوكهم في البيت بدرجة كبيرة، ورغم أن الوالدين قد ينقلان لك شكوى أو تعليق المدرسين حول سلوك طفلهم فإنه

يُفضَل الحصول على المعلومات مباشرةً من المدرسة إذا كان ذلك ممكناً، وفي حال موافقتهم على اتصالك بالمدرسة حدد الشخص الذي تريد الاتصال به، ثم اكتب له طالباً تعليقه ونسخة من آخر تقرير مدرسي للطفل. ومن المجدي أن يقوم المعلم باستيفاء استيبان مختصر لعرض السلوك، مثل الاستبيان الخاص بالكشف عن مواطن القوة للطفل والصعوبات التي تواجهه (Strengths and difficulties questionnaire)، وغالباً ماتكون وجهة نظر المدرسين عموماً صحيحة وذلك بما لديهم من خبرة في السلوك المتوقع للطفل في كل عمر، وقد يكون من المناسب أن توليها اهتماماً شديداً، بينما ينبغي التحقق من إجابات الوالدين في استبيانات المقابلات المقننة جزئياً، ويمكن الرجوع للمدرسين أحياناً باتصال هاتفي للتحقق بمزيد من العمق عن موضوع أو أكثر، فرغم أن المدرسين عموماً أقوياء الملاحظة فقد يفوتهم أو يسيئوا فهم بعض الأعراض، ففي غرفة الدراسة المزدحمة يسهل ملاحظة السلوك التخريبي أكثر من الأعراض الانفعالية، وقد يغفلون عن ملاحظة القلق أو الإكتئاب مالم يؤثر بشكل ملحوظ على نوعية وكمية أداء الطفل. وقد يبدو أن سلوك الأطفال المكبوتين أو المقهورين أفضل، وفي دراسة أُجريت على تقييم المدرسين انخفض معدل المشكلات التي قاموا برصدها في استبيان معياري بعد مرور الأطفال بأزمة. وقد تُشكل ملاحظة اضطراب فرط النشاط في الصف مشكلة إذا كان الطفل يعاني من صعوبات التعلم، أو لم يكن يحب العمل الأكاديمي التعليمي، ولم يستطع الأطفال أداء العمل أو أهملوا القيام به سيبدو عليهم غالباً أعراض التشتت وعدم الانتباه في الصف، باعتقادك كيف سيتصرف الطفل بانضباط إذا جلس في فصل تدرس فيه لغة لا يفهمها؟ لابد اذن أنه سيبدو مشتتاً وقد يتجول في الصف بأي عذر. وللحصول على تشخيص دقيق لفرط الحركة لدى الطفل يجب أن تعرف ما إذا كان الطفل كثير الحركة، وغير منتبه عند قيامه بمهمة ضمن قدراته واهتماماته أم لا، ومن المحزن أن نشاط بعض الأطفال لا يكون كذلك في المدرسة. وكما ذُكِرَ مسبقاً قد لا يدرك المدرسون وجود مشكلات في علاقات الطفل مع رفاقه، فبعض الأطفال المتآلفين بدرجة متوسطة مع رفاقهم في الصف قد يكونون معزولين أو مغلوبين على أمرهم في ساحة اللعب دون أن يعرف المدرسون ذلك بالضرورة، ويعتبر ملاحظة الطفل في الفصل وفي ساحة اللعب ضرورياً عند

معاناته من مشكلات في المدرسة، فهذه الملاحظة توضح لنا مستوى تهيج الطفل وتشتته واندفاعيته بالصف وفي ساحة اللعب برغم انضباطه معك ومع غيرك من الراشدين في العيادة، وقد يتضح لنا سبب معاناة الطفل من ضعف القدرة على الانضباط في الصف بسبب التوبيخ المتكرر من مدرس الفصل مما يسبب تأخر الطفل.

كيف: تجري الفحص البدني
(How to: do a physical exmination):

تعتبر الملاحظة المجموعية لملامح الطفل البدنية ومهارته جزءاً أساسياً من تقييم الطبيب النفسي للأطفال. ويتوجه الفحص مبدئياً للبحث عن:

1 ـ علامات اضطراب جسدي تؤثر أو قد تؤثر على الدماغ (المخ)، مع مراعاة التأكد من وجود خلل في الأجهزة ويُعَد تحديد نوعية هذا الخلل أكثر أهمية لتحويل الطفل إلى مختص خبير في هذا المجال، وتشمل العلامات الهامة: وجود إشارات عصبية غير طبيعية، ومظاهر شذوذ في البنية، وسمات جلدية من متلازمات الأمراض العصبية الجلدية.

2 ـ علامات الإهمال والإساءة فملاحظة قياسات وزن الطفل ثم مقارنة النتائج مع قوائم نمو ملائمة تقدم أدلة على الإصابة وتأخر النمو، ويجب أن يستغل المتدربون على الطب مهاراتهم الطبية التي جاهدوا في اكتسابها، ففي حال حضور الطفل لجلسة التقييم يجب أن يخصص الطبيب بعض الوقت لتقييم الطفل بنظرة شاملة دائماً، ويمكنك أن تعرف الكثير دون استخدام اليدين أو السماعة، وغيرها من أدوات التشخيص الطبية من مجرد النظر إلى وجه الطفل ويديه وطريقة مشيه ولعبه، لذا ركز فقط في خلال الوقت الذي ترى فيه الطفل في غرفة الإنتظار، أو أثناء مقابلة الأسرة، أو أثناء المقابلة الفردية على الحالة البدنية للطفل، وتوقف عن التفكير في العلاقات الأُسرية أو الأعراض النفسية.

لاحظ: هل لديه متلازمة شذوذ فى تكوين البنية ؟ وهي أمور يجب ملاحظتها في اللحظات الأولى من رؤية الطفل، وإلا فقد تعتاد العين عليها ولا تلاحظها إطلاقاً بعد ذلك، هل لديه متلازمة عصبية؟ هل يحدق بالأشياء؟ هل يتوتر عند سماع الأصوات المرتفعة؟ هل هناك أي كدمات ظاهرة، أو حروق، أو آثار عض أو غيرها من علامات الإساءة؟

أي الأطفال يحتاجون الى إجراء فحص عصبي؟
(Which children need neurological examination?):

مثالياً، يتطلب فحص جميع الأطفال حتى وإن كان بهدف ممارسة الأساليب المدروسة، وللتعرف على التنوع الطبيعي. وإن لم يسمح الوقت المتاح بذلك يجب على الأقل أن يتم فحص الأطفال الذين يعانون من أحد الأعراض التالية أو أكثر:

1 ـ نوبات مرضية سابقة أو تقهقر.

2 ـ تأخر في النمو أو صعوبات تعلم عامة.

3 ـ مشية غير طبيعية.

4 ـ عدم استخدام اليدين جيداً أثناء اللعب.

5 ـ مظاهر تشوه.

6 ـ علامات جلدية تدل على اضطراب عصبي جلدي.

7 ـ أي مظاهر مريبة أخرى مثل رته (عسر التلفظ).

الفحص العصبي الأساسي
(A basic neurlogical examination):

رغم أن بعض البنود قد تكون مستحيلة مع الأطفال الصغار احرص على أن يشمل فحصك العصبي على ما يلي:

1 ـ خذ قياس محيط الرأس وارسمه بيانياً.

2 ـ راقب مشي الطفل، وركضه، والحجل والمشي على خط مستقيم.

3 ـ راقب وقوف الطفل، والقدمان متلاصقان، والأذرع ممدودة والعيون مغلقة.

4 ـ افحص حركة الوجه والعين واللسان.

5 ـ حرك وهز الأطراف الأربعة لفحص التناغم (كجزء من لعبة).

6 ـ اختبارات القوة: يُظهر الضعف الهرمي بأوضح صورة أثناء فحص تبعيد مفصل الكتف، والبسط عند الرسغ، وتبعيد الأصابع، والانثناء الظهري للكاحل وإبهام القدم.

7 ـ افحص الانعكاسات.

8 ـ افحص التآزر/التناسق (coordination): في اختبار الأنف ـ الإصبع ـ الإبهام، النقر السريع أو عزف البيانو، أو تغطية قلم أو شك الخرز.

إذا وُجِدَ أي قصور، (فمن السهل تحديد التغيرات غير المتماثلة أكثر من تحديد التغيرات ثنائية الجانب)، وقد يحتاج الطفل لمزيد من الفحص بواسطة طبيب الأطفال، أو طبيب الجهاز العصبي، وكذلك إذا تشككت في وجود مشكلات في السمع أو البصر، فمن الضروري التأكد من تحويل الطفل إلى العيادة المناسبة.

المتلازمات الخلقية (Congenital syndromes):

هناك المئات منها ويحدث بعضها فقط نيتجة لخلل في الكروموسومات (الصبغيات) والجينات والأسباب البيئية. فمتى تشك أن واحدة منها هي السبب يمكن الاستدلال عليها بوجود مظاهر شذوذ في البنية مثل ملامح الوجه، أو شكل الأصابع الغريب، أو الزيادة المفرطة في الطول، أو في الوزن، ومحيط الرأس، لابد من البحث بحرص عن مظاهر شذوذ البنية عند ظهور صعوبة تعلم عامة، وهناك ثلاثة أمثلة:

1 ـ متلازمة الكروموسوم الهش X (Fragile X syndrome):

وهو السبب وراء معظم حالات صعوبة التعلم العامة الوراثية، ورغم ما هو معروف قديماً بأنه يصيب ما نسبته واحد من الألف بين المواليد تشير التقديرات

الحديثة المعتمدة على تحليل الحمض النووي الدنا (DNA) بأن النسبة قد تكون واحد بين كل خمسة آلاف مولود، ويصيب الذكور والإناث، رغم أن درجة القصور العقلي تبدو بين الذكور أعلى منها في الإناث. وتختلف الخصائص البدنية كثيراً، ولكنها قد تشمل وجه طويل، وآذان بارزة، وفك عريض، ومفاصل مسحوبة، وكبر حجم الخصية بعد البلوغ، ومع ذلك يكون المظهر البدني في بعض الحالات طبيعياً. ويصاحب هذا الاضطراب تجنب التحديق، والقلق الاجتماعي، وفرط النشاط، ولكن مع ذلك تبقى الصلة مع التوحد موضع جدل غير محسوم، وقد يعود السبب إلى زيادة تكرار ثُلاَثِيُّ النّيُوكليوتيد في موقع محدد من الذراع الطويل فى الكروموسوم X والذي يمكن كشفه مباشرة من خلال تحليل الحمض النووي (الدنا).

2 ـ متلازمة الجنين الكُحولِيّ (Fetal alcohol syndrome):

تصيب واحد من كل 300 من المواليد، وقد تُعزَى إلى 10٪ من حالات صعوبات التعلم العامة البسيطة. وتتميز بقلة في الطول، والوزن، ومحيط الرأس منذ الولادة، ويستمر هذا النقص فيما بعد، كما يصاحبه شق جفني قصير، ونقص في التنسج مصحوب بفرط النشاط.

3 ـ متلازمة سوتوس (العملقة مخية المنشأ) [Sotos syndrome (Cerebral gigantism)]:

وهي عشوائية الحدوث، ويصحبها زيادة في الطول، ومحيط الرأس، وعمر العظام خصوصاً في الصغر، مع وجود جبهة عالية، وحدبة أمامية بالإضافة إلى فك بارز، وفرط التباعد، وعيون مائلة، وفرط في النشاط. ويعاني معظم المصابين من صعوبات تعلم عامة بسيطة، ويصاحبها مشكلات فرط النشاط والتوحد.

الاضطرابات العصبية الجلدية (The neurocutaneous disorders):

وتكتنف هذه الاضطرابات على خصائص مشتركة بين شذوذ الدماغ والجلد، (وذلك لأصولهما المشتركة في المنشأ والمتعلقة بالأَديم الظاهر)، وتستطيع

من خلال ملاحظة علامات الجلد الشك في وجود خلل في الأجهزة، وأشهر المتلازمات العصبية الجلدية الثلاث هي:

1 ـ التَصَلُّبُ الحَدَبِيّ (Tuberous sclerosis):

التصلب الحدبي هو اضطراب وراثي صبغ جسدي سائد له نفاذ وتعبير متباينان، ولكنه في أغلب الأحيان ينتج عن حدوث طفرة جينية جديدة، وتشمل آفات الجلد لطخات قليلة الصبغة تشبه أوراق الشجر منذ الولادة، وأفضل ما ترى باستخدام الأشعة فوق البنفسجية (ضوء منسوب لودود)، وأما الأورام الغُدية الزُهْمية، والطفح فراشي الشكل على الوجه فنادراً ما يظهر قبل سن السنتين، ولكنه يظهر في نصف الحالات في سن الخامسة، مع لطخات أو رقع «شيجرين» الخشنة المتعرجة على المنطقة القطنية والكتل المكتنفة للظفر ومحيطه في أصابع اليدين والرجلين (ليفومات محيطة بالظفر)، ويصاحبه ارتفاع معدلات العجز عن التعلم العام، ونوبات وتشنجات الرضع، وكثيراً ما يقترن باضطراب التوحد خاصة إذا عانى هؤلاء الأطفال من تشنجات الرضع.

2 ـ داء الأورام الليفية العصبية ـ 1 (Neurofibromatosis-1):

ينتقل كاضطراب وراثي صبغي جسدي سائد ذي تعبير متباين، وتشتمل آفات الجلد على لطخات بلون القهوة باللبن تزيد في عددها وحجمها مع العمر ويمكن تشخيص المرض عند مرحلة الرشد عند وجود أكثر من خمس لطخات قطر الواحدة يزيد على 1.5سم، ويصاحبه تنميش في الإبط وظهور عقيدات جلدية وتحت جلدية على مسار العصب الجلدي في الطفولة المتأخرة، وهناك تقارير عن إمكانية حدوث أعراض عصبية نفسية متباينة ولكن لم تتأكد بعد.

3 ـ متلازمة ستيرج ـ ويبر (Sturge- Weber syndrome):

تحدث عادة بشكل فرادي، حيث تظهر منذ الولادة على شكل وحمة بلون النبيذ الداكن تكتنف مقدمة الرأس، ومساحة مختلفة من أسفل الوجه، وتصيب عادة

جانباً واحداً، ولكنها قد تكون على الجانبين، وتصيب نصف كرة المخ على الجانب الذي توجد فيه الوحمة فيؤدي إلى حدوث نوبات صرع وشلل نصفي وصعوبات تعلم بالإضافة إلى الأعراض النفسية العصبية.

وضع الصورة الكلية مع: التقرير النهائي
(Putting it all together: The formulation):

بعد قيامك بالتقييم الكامل يصبح بإمكانك أن تصيغ وجهة نظرك بصورة كاملة (مع الأخذ بنصيحة الزملاء الآخرين في الفريق كلما كان ذلك مناسباً) شارحاً الوضع الصحي الراهن للحالة للأسرة، ولمن تقوم بتحويل الطفل اليه، مرشداً عن تدابير علاجية سابقة.

وتشتمل عناصر التقرير النهائي على:

1 ـ **ملخص دِيموجرافِيّ اجتماعي**: على سبيل المثال (آيمي) فتاة في السابعة تعيش مع أمها، وزوج الأم وأخ أصغر غير شقيق في غرفة نوم واحدة مستأجرة في نيوتون.

2 ـ **التجلي الإكلينيكي**: على سبيل المثال كان (جون) دائماً كثير الحركة، وقليل الانتباه واندفاعي، ولكن أصبحت هذه الأعراض أكثر وضوحاً وتأثيراً في حياته بعد المدرسة.

3 ـ **التشخيص**: وكون التشخيص في بعض الحالات سهلاً، إذا انطبقت الأعراض التي يعاني منها (جون) مع السمات التشخيصية لمرض ضعف الانتباه وفرط النشاط أو تتفق مع أعراض هذا الاضطراب واضطراب آخر. وقد تكون الأمور أكثر تعقيداً إذا أمكن تفسير أعراض (جون) بأكثر من تشخيص، وبعد ذلك يجب مراجعة الأدلة التي تثبت أو تنفي كل احتمالية قبل التوصل إلى التشخيص الأقوى للحالة، وقد يستدعي الأمر إجراء المزيد من البحث والتقييم لتوضيح الصورة. قد يكون لدى (جون) مظاهر من عدة اضطرابات مختلفة،

ولكنها لا تطابق كافة معايير أي منها، فهو يقع فى المسافة الفاصلة بين تشخيصين مختلفين.

وقد يكون توترالفتاة (آيمي) نابع من الإحباط في المدرسة، ومن الازدحام الزائد في المنزل، والخلافات بين والدتها وزوجها؛ مما يتطلب الانتباه والمساعدة ولكنها لا تحتاج لتشخيص.

4 ـ **الأسباب:** على سبيل المثال ظهرت على (آلان) أعراض اضطراب وسواس قهري وعرات بعد إصابته بالتهاب العقديات (النوى العقدية القاعدية)، وقد يتخللها استجابة مناعية ذاتية، أو عانى (جان) من اضطراب ما بعد الأزمة نتيجة تحرش جنسي من شخص يقوم برعايته، أو أن سلوك (مايكل) التدميري يعكس خليط من سرعة تأثره التكويني، والناجمة عن (مُتَلاَزِمَةُ الجَنين الكُحولِيّ)، وقلة الرعاية الوالدية الكافية نتيجة إحباط والدته ومَشكلاتها الكحولية.

5 ـ **خطة التدبير العلاجي:** تشمل الحاجة للتعليم النفسي للطفل والأسرة والمدرسة، بالإضافة إلى أي معالجة دوائية أو نفسية. ويجب أن تبنى الخطة على مواطن القوة لدى الأُسرة وتعمل على تنميتها.

6 ـ **النتائج المتوقعة:** على سبيل المثال، يتوقع أن تنتهي مخاوف (سارة) المرضية من طبيب الأسنان من خلال البحث عن علاج سلوكي مختصر، وقد لا تظهر ثانية. بينما احتمالية استمرار اضطراب التصرف لدى (روجر) أعلى، وسيكون له آثار طويلة المدى تؤثر على (روجر) نفسه والمجتمع ما لم تتم معالجته معالجة عميقة مناسبة وشاملة مثل المعالجة المجموعية المتعددة (multi-systemic therapy).

ليس من السهل كتابة تقرير دقيق ومختصر ومفيد، وأفضل طريقة للمعرفة هي ممارسة المهارة والحصول على معلومات مرجعية بناءة من الزملاء الأكثر خبرة.

الفصل الثاني

التصنيف

Classification

المجموعات التشخيصية: المبادئ
(Diagnostic Groupings: The principles)
كيفية الاستفادة منها (Making it useful):

تُستخدم التصنيفات من أجل تسهيل التواصل بين الأطباء المعالجين والباحثين، وليس للتدريب على طرق الاستكشاف، فهي ليست هدفاً بحد ذاتها، ويجب أن يكون تصنيف اضطرابات الطفل أكثر من مجرد تسمية فئات، فينبغي أن يوضح الأسباب، والمشكلات المصاحبة أو المرتبطة به، وهو بذلك يشجع على إجراء مزيد من البحث والتقصي، وخيارات العلاج، والمآل. وتستخدم عموماً بعض التصنيفات لجميع هذه الاغراض، ويكون من الضروري أحياناً استخدام تصنيفات مختلفة للأهداف المختلفة. فعلى سبيل المثال، يرغب الإكلينيكيون في التمييز بين تصنيف اضطراب الفصام ونمط الشخصيات الفصامية حيث إن لكل منهما مؤشرات علاجية وإنذارات مرضية مختلفة، أما بالنسبة لباحثي الجينات فقد يكون من الأكثر منطقية أن يدمجوا الحالتين ضمن فئة اضطراب طيف الفصام (Schizophrenia spectrum disorder).

كيف تقرر ما إذا كان مخطط التشخيص يتبع تقسيم طبيعي أو أنه يفرض تقسيم مصطنع؟ «وهل يجزم بصورة طبيعية مقبولة على مستوى المفاصل» أم بطريقة عمياء خلال العظام؟

بداية، إن الفئة التشخيصية لا تكون مفيدة ما لم يختلف الأفراد الذين تضمهم فئة تشخيصية اختلافاً جذرياً عن غيرهم ممن يقعون ضمن فئة تشخيصية

أخرى، على أن تمتد هذه الاختلافات إلى أبعد من الصفات المحددة للمجموعة التشخيصية، فعلى سبيل المثال، يجب أن نعرف أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التصرف يختلفون عن غيرهم من الأطفال الذين يعانون اضطراباً نفسياً آخر، فيجب تحديد ما لديهم من مشكلات أخرى بطرق مختلفة مثل العمر أو الجنس عند بداية حدوث الاضطراب، أو الحالة الاجتماعية الاقتصادية، أو التزامن مع مشكلات مدرسية، على أن تكون السمات المميزة للأطفال ذات قيمة إكلينيكية عالية وقادرة على تصنيف الاضطرابات المختلفة. فإذا اختلف تشخيص طفلين لاختلاف متغير واحد مثل نسبة الجنس، أو الحالة الاجتماعية الاقتصادية عندها يكون دمج التشخيصين أكثر منطقية من فصلهما، وبجانب الجنس والحالة الاقتصادية تعتبر المتغيرات الديموغرافية جديرة بالاهتمام والدارسة، ويُراعى أن تكون الاختلافات بين فئات التشخيص أكثر اعتماداً على الأسباب، أو المشكلات المصاحبة، أو الاستجابة للعلاج، أوالمآل.

يمكن الوصول إلى فئات تشخيص مقبولة، ولكن التصنيفات العامة قد تكون غير مرضية! يصدق هذا عندما لا تنطبق الشروط التشخيصية لأي فئة على عدد كبير من الحالات فنضطر لوضعها تحت مسمى فئات «غير نمطية» أو «متنوعة»، إن التصنيف المثالي هو التصنيف الشامل والصحيح وإلى أقصى درجة ممكنة، ولكن هذين الهدفين يكونان متناقضين أحياناً.

الظاهرة قبل كل شيء (Phenomenology above all):

تزايد تركيز علم الأمراض النفسية على السمات المميزة لكل اضطراب في الأطفال، والراشدين بدلاً من التركيز على أسباب المرض المفترضة أو على كيفية نشوء المرض (الإمراض).

فإذا اتبعنا الطريقة الثانية في تصنيف الاضطرابات نستطيع دراسة علم أسباب الأمراض، وكيفية نشوئها بذهن منفتح، حيث إن فئات التشخيص المعتمدة على سمات الأمراض مثل التلف الدماغي البسيط، أو الذهان التفاعلي قد عطلت بشكل عام التقدم الإكلينيكى والبحثي أكثر مما سهّلته، كما ركزت التصنيفات الحديثة للصرع على الملامح الواضحة للظاهرة بدلاً من التركيز على المنشأ

العضوي الخفي المفترض، مثل التركيز على النوبة الجزئية المعقدة (Complex partial seizures) بدلاً من صرع الفص الصدغي (Temporal lobe epilepsy).

رغم أن معظم اضطرابات الأطفال النفسية مصنفة حالياً على أساس علم الظواهر، فإن بعض الاضطرابات مثل اضطراب الكرب التالي للرضح، واضطراب التعلق التفاعلي محددان بناءً على كل من السمات والأسباب المفترضة.

أبعاد أم فئات؟ (Dimensions or categories?):

تعكس بعض نواحي الأمراض النفسية في الأطفال قيماً متباينة على تدرج «متصل» يمتد إلى أسفل حيث المعدلات الطبيعية، فيُظهِر جميع الأطفال (أو العديد منهم) نفس السمات بدرجات أقل. فهل يمكن وضع حد فاصل بين الطبيعي وغير الطبيعي بطريقة بسيطة وسهلة لتحويل البعد إلى فئة؟ هذا هو الحال بالفعل أحياناً، ولكن حالات الأفراد من ذوي القيم المتطرفة ستبقى منفصلة منذ البداية. وهناك ثلاثة مدلولات ممكنة تفصل التدرج بين القيم الطبيعية والمتطرفة:

أولاً: قد يكون التوزيع ثنائي التدرج بحدبة جانبية في نهاية التوزيع الأساسي (مثل حالات صعوبات التعلم العامة والشديدة).

ثانياً: قد يكون هناك تأثير العتبة، ففي حالة تثبيط السلوك على سبيل المثال، يؤدي الكبح الشديد لدى الأطفال إلى الشعور بالخجل المستمر، بينما لا يخلف الكبح المتوسط أي خجل.

ثالثاً: قد يختلف الأفراد أصحاب القيم المتطرفة، والقيم الأقل تطرفاً بطريقة نوعية على مقياس ما في نواحي هامة أخرى، لذا فإن صعوبة التعلم المعممة البسيطة ترتبط عادةً بعيوب اجتماعية، ولا ترتبط بالشذوذ العصابي، بينما صعوبة التعلم العامة الشديدة أقل ارتباطاً بالعيوب الاجتماعية وأكثر ارتباطاً بالشذوذ العصابي.

ومما يزيد الأمور تعقيداً أن تصنيف نفس الظاهرة إلى فئات وأبعاد يكون مفيداً أحياناً لتحقيق أهداف مختلفة. ويقدم كوليسترول الدم مثالاً جيداً على ذلك فهناك علاقة بين مستوى الكوليسترول وخطر الأصابة بأمراض القلب الإقفارية حيث

تُعزَى معظم الخطورة إلى الأعداد الكبيرة من الأفراد ممن لديهم قيم (طبيعية عالية) بدلاً من أن تُعزَى إلى العدد القليل من الأفراد الذين يعانون من ارتفاع شديد في نسبة الكوليسترول (قيم عالية متطرفة)، ولذلك يُفضل علاج ارتفاع الكوليسترول كاضطراب أبعاد بدلاً من كونه اضطراب فئة، وفي الوقت نفسه فإن الأفراد الذين يعانون من الارتفاع الشديد في الكوليسترول يمثلون فئة منفصلة من الناحية السببية حيث يعانون من اضطراب مندلي (Mendelian) وليس من اضطراب عديد جيني متعدد العوامل (multifactorial-polygenic disorder).

تعريف الفئات والأبعاد (Identifying dimensions and categories):

يساعد العديد من الأساليب الإحصائية المتعددة في تعريف مجالات وفئات الاضطراب. ورغم صعوبة الخوض في التفاصيل، فإن المبادئ العامة لتحليل العوامل والتحليل العنقودي سهلة الفهم نسبياً دون الدخول في الرياضيات (انظر الشكل 2-1 و2-2).

يُستَخدم أسلوب تحليل العوامل لتحديد الأبعاد، بينما يُستَخدم التحليل العنقودي لتحديد الفئات، وبينما يصنف تحليل العوامل نزعات الأفراد يصنف التحليل العنقودي الأفراد أنفسهم.

محدود أم واسع الانتشار؟ (Pervasive or situational?):

تبرز المخططات التشخيصية لمشكلات فرط النشاط وغيرها من المشكلات اختلافاً بين الاضطرابات المتعلقة بمواقف محددة وتلك الاضطرابات واسعة الانتشار، فتظهر الاضطرابات واسعة الانتشار في عدة مواضع من مواقف الحياة اليومية (في المدرسة وفي المنزل)، بينما تظهر الاضطرابات المحدودة في مواقف معينة فقط (مثلاً في المنزل ولكن ليس في المدرسة).

وتُعزَى الاضطرابات واسعة الانتشار إلى عوامل بنيوية أساسية في الطفل، تسبب الاضطراب بينما تشير الاضطرابات المحدودة إلى أن السبب الأكثر أهمية يتعلق بالخصائص المميزة للبيئة التي يظهر فيها الاضطراب.

ولسوء الحظ فإن تعبير (واسع الانتشار) يستخدم بطريقتين مختلفتين يختلفان اختلافاً جذرياً عند مناقشة الاضطرابات النفسية للأطفال، فيُستَخدم مع فرط النشاط للإشارة إلى مشكلات تظهر في مواقف مختلفة، ولكن عند الحديث عن «اضطراب النمو المنتشر » تشير كلمة واسع الانتشار بشكل مبدئي إلى تأثر عدة مجالات من النمو باضطراب طيف التوحد (بعكس اضطرابات النمو الأخرى التي تؤثر على مجال واحد فقط مثل القراءة أو الكلام). وهذا يجعل الأمر مربكاً حيث إن كلا النوعين من الاضطرابات (المنتشرة والمحدودة) هي في حقيقتها منتشرة لأنها تظهر فى العديد من المواقف المختلفة.

تحليل العوامل، ويمكنك القيام به بنفسك:

انظر إلى القائمة التالية من المقاييس التي طبقت على عينة من الراشدين ثم قم بتصنيف هذه المقاييس بحيث تقوم بنسبها إلى بعدين:

* الطول
* مقاس الحذاء
* حجم المفردات
* القدرة على حل الألغاز
* المسافة ما بين الكتف والمرفق
* مهارات في الحساب الذهني

لن تجد صعوبة في تصنيف الطول، ومقاس الحذاء، والمسافة من الكتف إلى المرفق، على أنها مقاييس مرتبطة ببعد يمكن تسميته «بالنمو الخطي» (linear growth). أما المقاييس الثلاثة المتبقيات فإنها مرتبطة ببعد يمكن تسميته في العادة «الذكاء». والبعدان منفصلان تقريباً، حيث لا تتوقع وجود ارتباط عالي بين مجموعتي المتغيرات، فعلى سبيل المثال لا يوجد ارتباط بين الطول وحجم المفردات. نهنئك، لقد قمت بعمل تحليل العوامل باستخدام معارفك الأولية لتحدد الأبعاد الخفية.

الشكل رقم (2-1): تحليل العوامل، ويمكنك القيام به بنفسك

التحليل العنقودي، ويمكنك القيام به بنفسك:

انظر إلى القائمة التالية من الحيوانات وقسمها إلى مجموعات:

* سلحفاة
* بطة خلد الماء
* قطة
* قوقع (حلزون)
* تمساح
* فأر
* سمك حبار عملاق

خلال محاولتك عمل ذلك ستلاحظ في الغالب بعض المظاهر الأساسية وحدود التحليل العنقودي.

أولاً: قد تلاحظ أنك صنفت الحيوانات حسب المظاهر التي ركزت عليها. إذا كنت ركزت على مقاييس الحجم فغالباً ما تكون قد وضعت الدرافيل والتماسيح وسمك الصبّار العملاق معاً كحيوانات مائية ضخمة، بينما صنفت الفئران والقواقع كحيوانات صغيرة. وإذا ركزت أكثر على المظاهر والمقاييس الفسيولوجية على سبيل المثال تكون قد اخترت تصنيفاً لجميع الحيوانات الرخوية يشمل القوقع وسمك الصبار العملاق

ثانياً: إن التحليل العنقودي لا يخبرك بعدد المجموعات التي يمكنك تحديدها، على سبيل المثال ربما تختار تقسيمهم إلى مجموعتين مثل: حيوانات رخوية مقابل فقاريات أو ثلاث مجموعات مثل: الرخويات، والزواحف، والثدييات، فأنت تقرر مقدار ودرجة التجميع أو التقسيم الأكثر ملائمة (والتي تعتمد على كيفية استخدام هذا التصنيف).

أخيراً فإن حيوان بطة خلد الماء بطبيعته ذو مظاهر مشتركة بين الحيوانات الثديية والزواحف، ليذكرنا ببعض الحالات التى تقع تصنيفها في نقطة متوسطة بين فئتين متجاورتين أومتشابهتين، ويكون تصنيفها ضمن أي من الفئتين صحيحاً كما يمكن وضعها في فئة مستقلة.

الشكل رقم (2-2) :التحليل العنقودي، ويمكنك القيام به بنفسك

هل التصنيف هو لاضطرابات الأفراد أم لاضطرابات الأسر؟ (Classifying disordered individuals or disordered families)?

إن اقتصار التشخيص على المريض كفرد قد يجعلنا نركز انتباهنا بطريقة خاطئة، فمن غير الصحيح أن نركز على فرد واحد بدلاً من النظام الأسري ككل، والمعالج الأسري قد يرتكب الخطأ المعاكس، فيركز على النظام الأُسري بدون الاهتمام بالأفراد، ولذا غالباً ما يقدم نظام التشخيص متعدد المحاور أفضل الحلول الشاملة حيث بإمكانه ملاحظة الشذوذ على مستوى كل من الأفراد والأسرة ولكن لسوء الحظ لا يوجد نظام صالح ومقبول لتصنيف الأسر المضطربة.

تشخيص المجموعات: الممارسة الحالية (Diagnostic groupings: Current practice):

التصنيف الدولي ـ 10، والدليل الإحصائي التشخيصي الرابع (ICD-10 and DSM-IV):

هناك تصنيفان رئيسيان مستخدمان حالياً، التصنيف الدولي للأمراض [(The International Classification of Diseases)(ICD)] والمعتمد من منظمة الصحة العالمية، ودليل التشخيص الإحصائي المعتمد من الجمعية الأمريكية للطب النفسي [(Diagnostic and Statistical Manual)(DSM)]، وقد أدى استخدامهما إلى ظهور فروقات عديدة بين التصنيفين، ولكن النسخ الحديثة من كلا التصنيفين (DSM-V) (ICD-10) تضع تصنيفات متشابهة جداً.

ومن الجدير بالذكر ملاحظة أن التصنيف الدولي للأمراض -10 (ICD-10) يعتبر بمثابة نسخة إكلينيكية تقدم وصفاً إكلينيكياً مدعمة بخطوات إرشادية تؤدي إلى تشخيص مبدئي لكل اضطراب، أما دليل التشخيص الإحصائي

الأمريكي -IV (DSM-IV) فإنه يعتبر نسخة بحثية تقدم معايير تشخيصية أكثر وضوحاً وتحديداً. ويعود الاتفاق فيما بينهما إلى زيادة المعرفة العالمية والتعاون الدولي، ويبقى من الهام الإشارة الى نوع التصنيف، وقد خضعت هذه المخططات التصنيفية لمراجعات أساسية وثانوية كل عدة سنوات. لكن معرفتنا الحالية تشبه الخرائط الأولية لمقاطعات ضخمة غير مكتشفة، ولكنها أفضل من لاشيء، لأنها تدفعك لتناول التفاصيل بمزيد من الجدية.

التشخيصات العملية: الإيجابيات والسلبيات
(Operationalised diagnoses: pluses and minuses):

يقدم كل من دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV) والنسخة البحثية من التصنيف الدولي -10 (ICD-10) معايير عملية واضحة لتشخيص عدة اضطرابات، والتي يجب أن تتوفر قبل التشخيص. والميزة الأساسية لهذا المنهج أن الباحثين والإكلينيكيين سيستخدمون مسميات تشخيصية محددة لوصف ظروف متشابهة، وبالرغم من هذا توجد سلبيات: إن معايير تصنيف دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV) والتصنيف الدولي -10 (ICD-10) قد تصبح مسلم بها كالنصوص المقدسة؛ مما يجعلنا ننسى بسهولة أن المعايير تُبنَى فى العادة على أسس غير ثابتة، فلهذا أصبحت هذه التصنيفات تعين الباحثين والإكلينيكيين كما أنها قد تعيقهم، وفضلاً عن ذلك قد لا تنطبق معايير التشخيص كلها على العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية واضحة (إذ أن لديهم أعراضاً ناتجة عن معاناة واقعية أو عن تشتت أو عن قصور اجتماعي) ولكن الأعراض لا تفي بالشروط التشخيصية العملية كاملة ولهذا تُصنَف تحت مسمى «لا تنطبق عليها أي من النوعيات الأخرى». فمعظم هؤلاء الأطفال يعانون من متلازمات جزئية أو غير متمايزة، فلديهم بعض ملامح الاضطرابات ولكنها ليست كافية للتشخيص . فعلى سبيل المثال، يعاني العديد من الأطفال من أعراض التوحد ولكنها كانت أقل من أن تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص التوحد. وقد ينطبق هذا على الأطفال الذين يشكون من خليط من المخاوف والقلق والحزن والاعتلال البدني، وهناك آخرون يقعون في

مناطق وسط بين حدود مخططات التشخيص الحالية، ومازال أمام الطب النفسي للأطفال مشوار طويل في التصنيف.

مجموعات التشخيص الرئيسية
(The main diagnostic groupings):

هناك ثلاث مجموعات تشخيصية كبرى لها أهمية خاصة عند أطباء الأطفال النفسيين [انظر إلى الجدول (2-1)].

الاضطرابات الانفعالية:

وتُوصف أحياناً بالاضطرابات الداخلية كعودة للفكرة القديمة التي تشير بأن الضغوط قد تنعكس داخلياً وتؤدي للقلق والمخاوف، والحزن، وآلام المعدة وغيرها.

اضطرابات السلوك المدمر:

وتوصف بأنها اضطرابات خارجية بناءً على فكرة تؤكد أن الضغوط يمكن أن تتجه نحو الخارج، وتظهر من خلال السلوك المدمر، أو الانحراف أو العدوان أو السلوكيات المضادة للمجتمع والتي تؤثر في الآخرين.

اضطرابات النمو:

هي مجموعة متغايرة تتميز بتأخر أو شذوذ يحدث في نمو الوظائف التي تحدث عادة بصورة متتابعة يمكن التنبؤ بها نتيجة للنضج البيولوجي. ويتحدد تقسيم اضطرابات النمو بين المدارس المختلفة بتأثير عاملي التاريخ والملائمة، وبعض اضطرابات النمو وأكثرها تكراراً لاضطرابات التوحدية، تعتبر بالدرجة الأولى اضطرابات نفسية، ويعتبر سلس البول أحياناً مشكلة نفسية لدى الطفل رغم ضعف تبرير هذا التصنيف، ولا تعتبر معظم اضطرابات النمو بحد ذاتها اضطرابات نفسية ولكن هذا الكتاب يشملها لأنها عوامل اختطار هامة لاضطرابات الأطفال النفسية.

والحد الفاصل بين المجموعات الرئيسية الثلاث ليس واضحاً دائماً، ففرط

النشاط على سبيل المثال يُصنَف عادةً ضمن اضطرابات السلوك التدميرية رغم إمكانية اعتباره اضطراب في نمو الإنتباه وضبط النشاط، وكذلك يصنف الاكتئاب ضمن الاضطرابات الانفعالية رغم أن العرض الشائع والمسيطر بين الأطفال والمراهقين هو التهيج والاستثارة، والمعروف أنه عرض من اضطرابات السلوك التدميري.

الجدول (2-1) مجموعات التشخيص الثلاث

اضطرابات انفعالية	اضطرابات السلوك المدمر	اضطرابات النمو
اضطرابات القلق	اضطراب التصرف	تأخر الكلام واللغة
مخاوف مرضية	اضطراب التحدي والمعارضة	تأخر القراءة
الاكتئاب	فرط النشاط	اضطرابات التوحد
اضطرابات الوسواس القهري		صعوبات التعلم المعممة
بعض الأعراض الجسدية		بداغة (سلس البراز اللاعضوي)
		وسلس البول

تتباين الآراء حول قيمة تقسيم المجموعات الرئيسية وحتى 20 عاماً تقريباً فعلى سبيل المثال، كان قلة من الإكلينيكيين مقتنعون بقيمة تقسيم الاضطرابات الانفعالية إلى مجموعات فرعية مختلفة، ولكن تصنيف منظمة الصحة العالمية التاسع (ICD-9) ضيق هذه الإمكانية. وتحركت عقارب الساعة مؤخراً لننتقل من التكتل إلى التقسيم، فقدم كل من تصنيف منظمة الصحة العالمية (التصنيف الدولي العاشر) (ICD-10) والدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) عدة أنماط فرعية محتملة للاضطرابات الانفعالية، وقد يتغير اتجاه عقارب الساعة ثانية حيث أن الاتجاه نحو المزيد من التقسيم مؤكداً، فأصبح من غير المألوف أن نجد طفلاً مطابقاً تماماً لأي من التشخيصات الحديثة.

إن الميزان أصبح متأرجحاً إلى الحد الذى أصبحنا ننظر فيه إلى الأطفال باعتبارهم «صغار راشدين». ونحن حائرون بين وجهتي نظر للطفولة: ترى واحدة بأن الأطفال يختلفون بشكل جذري عن الراشدين ، بينما ترى وجهة النظر الأخرى أن الأطفال والراشدين متشابهون أساساً. وقد كانت الوجهة السائدة في التصنيف النفسي هي المؤمنة باختلافهم عن الراشدين ولكنها آخذة في الزوال، أما بالنسبة للاضطرابات الانفعالية، فإن نمط تشخيص الراشدين يُستخدم كلما أمكن ذلك مثل الاكتئاب الجزئي (Dysthymia)، أو اضطراب القلق العام، رغم وجود اضطرابات قاصرة على مرحلة الطفولة مثل اضطراب قلق الانفصال، كما أن اضطرابات النمو واضطرابات السلوك المدمر تبقى اضطرابات خاصة بمرحلة الطفولة.

وعلينا في النهاية أن نتذكر أن مشكلات الصحة النفسية للأطفال ليست مقصورة على مجموعات التشخيص الأساسية الثلاث فهناك اضطرابات لا تتناسب حتماً مع هذا التقسيم الثلاثي المنظم مثل الفصام ذي البداية المبكرة، والقهم العصابي، واضطراب التعلق غير المثبط، ومتلازمة توريت (Tourette syndrome) وغيرها. وينشغل العديد من المختصين بالصحة النفسية للطفل بالكثير من المهمات التي لا تتعلق بالضرورة بأطفال مضطربين نفسياً، وينطبق هذا على الحالات عند تقييم الأسر (غير الفعالة) العاجزة عن القيام بوظيفتها، أو الجانحين، أو ضحايا الإساءة.

التشخيص متعدد المحاور (Multiaxial diagnosis):

إن مسميات التشخيص مفيدة للإكلينيكيين/ المعالجين والباحثين على حد سواء، فهي تسمح بوضع وتصنيف الحالات المتشابهة معاً، ومع ذلك فإن الالتزام باستخدام مسمى واحد يكون مقيداً، فهل يُسمَى هذا المريض بمريض التوحد أو بمريض صعوبات التعلم العامة؟ وعادة ما يكون تسجيل الاضطرابين ضرورياً، طبقت هذه الفكرة أكثر في التقييم متعدد المحاور الذي هو جزء اختياري من دليل التشخيص الاحصائي الرابع (DSM-IV) والنسخة متعددة المحاور من التصنيف

الدولي لمنظمة الصحة العالمية -10(ICD-10). بحيث يعكس كل محور في هذه المخططات متعددة المحاور جانباً هاماً من أداء الطفل. (انظر جدول 2-2).

ورغم أن العديدين سينزعجرون من وجود خمسة أو ستة محاور إلا أن المخطط له مميزات. فليس ضرورياً أن نقرر إذا ما كان الطفل يعاني من اضطراب سلوك، أو اضطراب نوعي في القراءة أو صعوبات تعلم عامة فوجود واحدة منها يدل على وجود الأعراض الثلاثة، وليس ضرورياً أن نقرر إذا كانت واحدة أو أكثر من هذه المشكلات سببها صرع الطفل أو نشأته، فهذه العوامل موجودة في المخطط بغض النظر عن كونها تبدو أسباباً أم لا (وهذا يعني الحصول على بيانات يمكن استخدامها في اكتشاف الارتباط إحصائياً)، ويقدم المحور الأخير وسائل لمعرفة درجة تأثر حياة الطفل اليومية بمشكلاته النفسية والنمائية.

جدول (2-2): مخطط تعدد المحاور في التصنيف الدولي للأمراض -10 والدليل الإحصائي التشخيصي IV (ICD-10 وDSM-IV)

محاور التصنيف الدولي للأمراض -10 (ICD-10)	محاور دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV)	الجوانب الخاصة بالطفل
1	I	اضطرابات نفسية مثل اضطراب قلق الانفصال
2	I	تأخر نوعي في النمو مثل اضطراب القراءة
3	II	المستوى المعرفي مثل صعوبات التعلم العامة البسيطة
4	III	الحالات الطبية مثل الصرع
5	IV	المعوقات النفسية الاجتماعية مثل النشوء في مؤسسة
6	V	التكيف الوظيفي مثل العجز الاجتماعي الشديد

تؤدي المحاور الخمسة في تصنيف دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV) نفس مهمة المحاور الستة في التصنيف الدولي للأمراض -10 (ICD-10) لأن المحور الأول في دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV) يسمح بعدة تشخيصات، ويضم اضطرابات نفسية، واضطرابات نمائية محددة.

الفصل الثالث

الوبائيات

Epidemiology

علم الوبائيات، هو دراسة توزيع الاضطرابات والعوامل المرتبطة بها فى فئات سكانية محددة، وقد يكون السكان المعنيون عينة ممثلة للمجتمع أو عينة معرضة أكثر للخطر أو عينة ثرية بالمعلومات (عينة نقية)، كأن نقول مثلاً فى تعريفنا للعينة: كل الأطفال المصابين بشلل دماغي فالجي يتمركزون فى لندن، أو أن نقول جميع الأطفال الذين يعيشون في منطقة يعانون من التلوث بالرصاص بنسبة عالية.

مميزات الأسلوب الوبائي:

(Advantages of an Epidemiological approach)

1 ـ أساسي لتقدير نسبة حدوث وانتشار الأمراض والتي تتعلق بالتخطيط للخدمات اللازمة لكل فئات السكان.

2 ـ يعتبر الأسلوب الوبائي لكونه غير خاضع للتحيز أفضل من الدراسات الإكلينيكية كمصدر للمعلومات الدقيقة عن الخصائص الديموغرافية، والمشكلات المصاحبة لها، والتاريخ الطبيعي، وجميعها مميزات لها أهميتها فى الدراسات التى تهدف إلى تحسين التصنيف، كما أنه أيضاً ذو صلة بالأسباب، ويمكن للعلاقات الوبائية القوية المصاحبة اقتراح العلاقات السببية التي لم يثبت صحتها بعد، مثل ارتباط الجرعة بالحالة الاجتماعية والاقتصادية مع ضبط وتثبيت العوامل المشاركة الأخرى. وتزيد قدرة الدراسات الوبائية الطويلة على التمييز بين الارتباطات السببية وغير السببية عندما تعتمد على تجارب طبيعية مثل التبني أو ولادة التوائم أو الهجرة.

3 ـ يفيد في دراسة عوامل الحماية: على سبيل المثال: لماذا يتمتع بعض الأطفال

بالتوافق الجيد رغم تعرضهم للخلافات الأسرية؟ وعلى النقيض تميل الدراسات الإكلينيكية غالباً إلى إغفال الأطفال الذين استفادوا أكثر من تعرضهم لعوامل الحماية.

الدراسات الوبائية ليست الأسلوب الأفضل دائماً:
(Epidemiological studies are not always the best approach):

1 ـ قد تفيد الوبائيات في دراسة حالات قليلة من السكان دراسة مفصلة أكثر من دراسة فئة كبيرة ممثلة للسكان دراسة سطحية، فمثلاً لا تتطلب دراسة ظاهرة بيلة الفينيل كيتون أو الخذل العام للإنسان استخدام أسلوب الوبائيات.

2 ـ نادراً ما تتناول الدراسات الوبائية الإمراض، ولذا تظهر الحاجة لأساليب أخرى لتوضيح هذه العملية المكتنفة.

3 ـ ونادراً ما تكتنف الدراسات الوبائية تقييماً للتدخل العلاجي.

المراحل المتبعة في الدراسة الوبائية:
(Stages in an epidemiological study):

1 ـ عرف الفئة المراد دراستها من السكان والمنطقة التي ستختار منها العينة وشروط الاشتمال، مثل اختيار كافة الأفراد من عينة عشوائية أو عينة عشوائية متطابقة. تشمل الأمثلة اختيار عينة من الأطفال في الثالثة من العمر ممن يقطنون لندن بحيث نختار طفل من بين كل أربعة أطفال، أو نختار كل الأطفال المصابين بإصابات حادة في الرأس حديثاً في جنوب غرب إنجلترا.

2 ـ حدد الأفراد الذين تنطبق عليهم الشروط، ويكون تحديد عينات المجتمع عادة من خلال أحد السجلات السكانية (مثل سجلات المدارس أو التلقيح). أما بالنسبة للاضطرابات والمخاطر النادرة فيتم التحديد من خلال الهيئات المهتمة بهذه الفئات مثل الأطباء، ومدارس ذوي الحاجات الخاصة، والمنظمات التطوعية، ويزيد تعدد مصادر المعلومات من فرص تحديد الفئة المستهدفة بدقة أكثر وهو

ما يُعرَف باسم «التحقق المتعدد»، ورغم استخدام أسلوب التحقق المتعدد يبقى هناك احتمال إغفال بعض الأفراد المصابين الذين لم يتم تشخيصهم من قبل، أو لم يذهبوا للمدارس، ولا يوجد طريقة صحيحة لتقدير حجم هذه المشكلة.

3 ـ **استدع الأفراد الذين تم تحديدهم** حيث يسهل حصر المشكلات، والتعامل مع الأفراد الذين يمثلونها أكثر من التعامل مع المشكلات نفسها، ومن الناحية المثالية يجب أن تقارن جميع الدراسات بين المشاركين وغير المشاركين في أي معلومات متاحة.

4 ـ **قيّم الأفراد** وهناك احتمالان رئيسيان وهما إما استخدام طريقة المرحلة الواحدة حيث يجري تقييم شامل لكل أعضاء العينة. أو استخدام طريقة المرحلتين.

ويتم في المرحلة الأولى استخدام اختبار مسحي أو أكثر(على الوالدين، أو المدرسين، أو إجراء استبيانات التقارير الذاتية) لتقسيم العينة المسحية إلى سالب وموجب.

وفي المرحلة الثانية يتم تقييم شامل لخليط من أشخاص المسح السلبي والإيجابي ودراسة عينات غير متجانسة (على سبيل المثال نأخذ 100٪ من المسح الإيجابي، و20٪ من عينة عشوائية مختارة من أشخاص المسح السلبي) جعل من الممكن تحديد النتائج السلبية الزائفة في عملية المسح.

نتائج الدراسات الوبائية في الطب النفسي للأطفال: (Epidemiological Findings in child Psychiatry):

قام (مايكل روتر وزملاؤه) بإجراء الدارسة المسحية الأولى لاضطرابات الأطفال النفسية في جزيرة ويت قبل حوالي أربعين عاماً، وليس من المبالغة القول بأن هذه الدراسة كانت البداية العلمية للطب النفسي للأطفال، وتمتعت نتائجها بالثبات لوقت طويل، كما دعمتها نتائج دراسات مسحية عدة، وأدت إلى التوسع في عدة اتجاهات، يوضح الشكل (3-1) نوعية النتائج التي أظهرتها الدراسات المسحية في عدة بلاد خلال الأربعين عاماً الماضية، والتي كانت ممهدة لدراسة مسحية

قومية بريطانية، ثم أُجريت العديد من الدراسات المسحية المقارنة حول العالم معظمها ذو اهتمام عالمي بسبب تأثير نتائجها على الخدمات الوقائية، وأُجريت دراسات على أسباب الأمراض في أونتاريو في كندا (Ontario-Cands)، ودونيدن في نيوزلندا (Dunedin-New Zealand)، وكريستشيرش في نيوزلندا (Christchurch New Zealand)، ودراسة في أمريكا (USA)، بورتريكو (Puerto Rico)، واستخدمت سلسلة من الدراسات العالمية نفس المقاييس المستخدمة في الدراسة البريطانية؛ مما يسهل المقارنة بين مختلف الدول لزيادة المعرفة.

بينما يقدم الشكل (3-2) نموذجاً لمثل هذه المقارنات من خلال مقارنة النتائج بين بلد متطور مثل بريطانيا، وبلد نامي مثل البرازيل؛ وبلد في طور إعادة التكوين مثل روسيا، فكل دراسة قامت على عينة من الأطفال في العمر ما بين 7-14 عام، في واحد على الأقل من الاضطرابات المصنفة وفق تصنيف للتصنيف الدولي لمنظمة الصحة العالمية (ICD- 10). وهناك نتيجتان حاسمتان وهما وجود فروق دالة بين المواقع المختلفة والتي تعكس جزئياً الوضع الاجتماعي الاقتصادي، ولكن ليس لهذه الفروق أهمية كبيرة.

وتتنوع الدراسات المسحية ليس فقط بسبب تنوع المواقع الجغرافية ولكن لاختلاف نقاط اهتمامها، فبعض الدراسات شملت فئات عمرية واسعة (مثل الدراسات البريطانية)، وركزت دراسات أخرى على فئات عمرية محددة مثل العاشرة والحادية عشرة في جزيرة ويت، وأطفال صغار من سن ما قبل المدرسة إلى سن المدرسة، وأعمار من 14-15 في دراسة المراهقين.

وقد شملت بعض الدراسات نطاقات واسعة من الاضطرابات النفسية، بينما ركزت أخرى على اضطرابات محددة مثل الاكتئاب والقلق وفرط النشاط واضطراب الوسواس القهري واضطراب العرات والتوحد واضطرابات الأكل، وركزت دراسات أخرى على عوامل الاختطار مثل إصابات الرأس وتأثير النزاعات الأسرية أو الطلاق، والمستويات الاجتماعية المنخفضة، وحدوث الكوارث. وقامت مؤخراً بعض الدراسات على التوائم وأطفال التبني لبحث أسباب المرض وأثر العوامل الوراثية والبيئية وسنناقش أهم نتائج بعض هذه الدراسات فيما يلي.

قام المكتب البريطاني للإحصاءات الوطنية منذ عام 1999 بتنفيذ برنامج مستمر للدراسات الطولية والمقطعية العرضية للصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين. يضم هذا الشكل ملخصاً لبعض الجوانب المفتاحية للأساليب والنتائج.

التصميم:

تم قياس العلامات المرضية النفسية من خلال استبيان جوانب القوة والضعف، وتقييم الاستقرار للحصول على تشخيص يمكن الاتصال بـ (www.dawba.com).

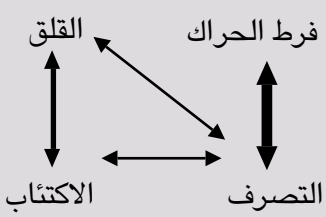
وكانت هناك مقاييس إضافية لفحص عوامل الاختطار الفردية، ومشكلات الأسرة، وعوامل المدرسة، وعيوب مناطق السكن.

وتمت تعبئة المقاييس من عدة مصادر (الآباء، والمدرسين، والأطفال) باستخدام طريقة المرحلة الواحدة أي تطبيق كل المقاييس على جميع المشاركين.

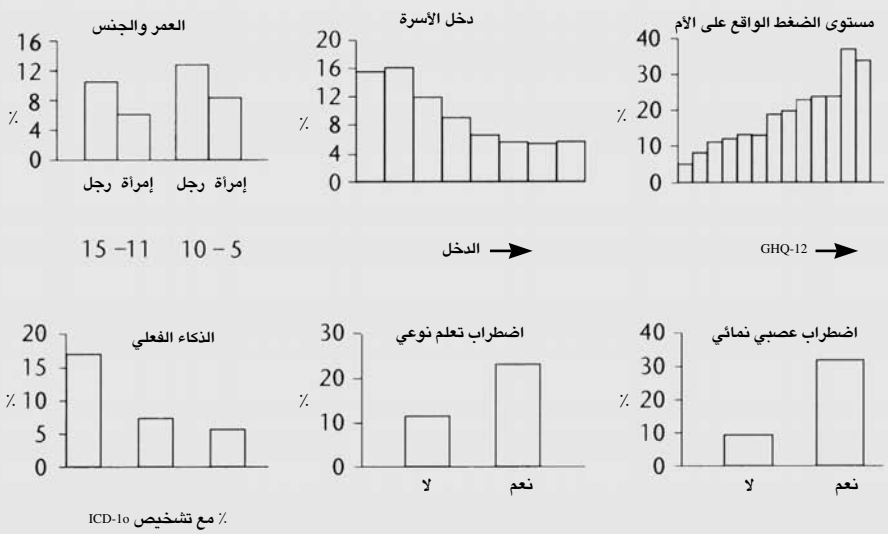
مسح 1999 للفئة العمرية من 5-15 عام

تكون مجتمع العينة من الأطفال حسب السجلات الحكومية ممن يعيشون في منازل خاصة، وتم جمع المعلومات من حوالي 10000 عشرة آلاف طفل تم تحديد 73٪ منهم من العينة.

نسبة انتشار الاضطرابات حسب التصنيف الدولي -10 (ICD-10)	التداخل
اضطرابات التصرف 5.3٪	الكثير من الأطفال لديهم عدة
اضطرابات القلق 3.8٪	تشخيصات بسبب التداخل
فرط الحراك 1.4٪	بعض التداخلات الشائعة
الاكتئاب 9٪	
اضطرابات أخرى 5..٪	
* أي اضطراب 9.5٪	
* أقل من مجموع تشخيصات الفرد وذلك بسبب التداخل	



الشكل رقم (3-1): المسح البريطاني القومي للصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين



ـ المتابعة بعد ثلاث سنوات:

تم تقييم أكثر من 2500 طفل من المسح الذي تم عام 1999 بعد ثلاث سنوات بطريقة العينة المتطابقة بحيث شملت ثلثي الأطفال الذين كانوا يعانون من اضطراب عام 1999 وخمسة لم يعانوا من أي اضطراب.

ـ الاستمرارية:

استمرت معاناة ربع الذين يعانون من اضطرابات انفعالية بدرجة كبيرة خصوصاً لو كان الوالدان يعانيان من ضغوط مستمرة.

استمرت معاناة نصف الذين يعانون من اضطرابات التصرف عند المتابعة، وكانت النسبة أعلى في حالة معاناة الوالدين من ضغوط واحتياج الطفل لخدمات تعليمية خاصة.

ـ ظهور اضطرابات جديدة:

كان ظهور الاضطرابات الجديدة أعلى بين المراهقين، ومرتبطاً بالمرض البدني وأحداث الحياة الضاغطة.

ظهور الاضطرابات الجديدة كان أعلى بين الذكور ومرتبط بالحاجات التعليمية الخاصة، وعند العيش مع أب بديل، وارتفاع مستوى ضغوط الوالدين.

ـ الاستفادة من الخدمات:

حصل أقل من نصف الأطفال الذين كانوا يعانون من اضطرابات في عام **1999**على خدمات متخصصة في المشكلات التي يعانون منها. أما الذين حصلوا على المساعدة فكانت **25**٪ راجعوا مراكز الخدمات الصحة النفسية، و**25**٪ راجعوا مراكز الخدمات الخاصة، و **14**٪ راجعوا الخدمة الاجتماعية **14**٪، راجعوا طبيب الأطفال.

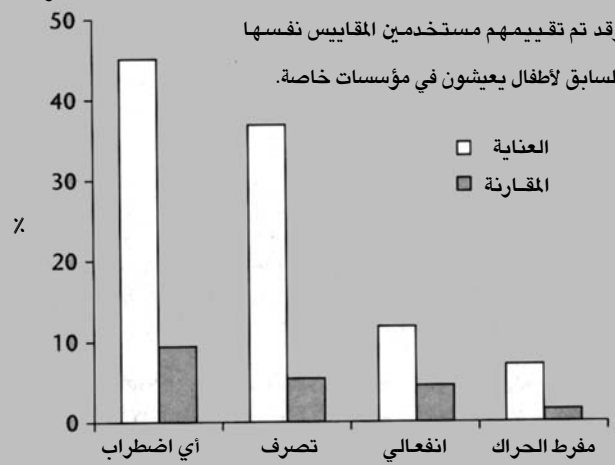
ـ رعاية الأطفال والمراهقين

حصل حوالي **0.5** ٪ من الأطفال والمراهقين البريطانيين على مساعدة السلطات المختصة سواء ممن يعيشون مع أباء بدلاء ، أو في مؤسسات خاصة.

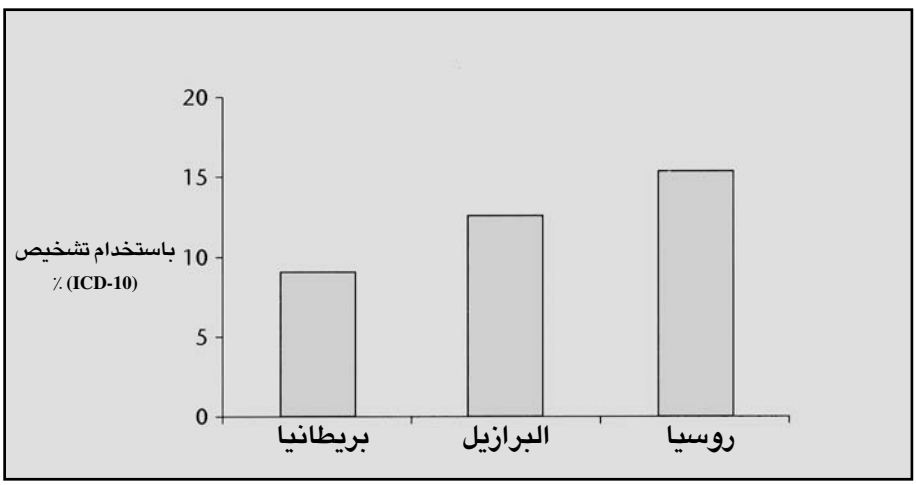
وفي عام **2002-2003** تم تقييم عينة قومية تزيد على الألف ممن يحصلون على الرعاية في بريطانيا باستخدام نفس المقاييس السابقة.

معدل انتشار الاضطراب

أُجريت الدراسة على عينة قومية مما يقارب 1000 طفل من المُعتنى بهم في بريطانيا وقد تم تقييمهم مستخدمين المقاييس نفسها الموظفة في المسح السابق لأطفال يعيشون في مؤسسات خاصة.



كانت نسبة الاضطرابات النفسية أعلى بصفة عامة بخمس مرات، مما هي عليه في الجماعة الضابطة.، وكانت النسب أعلى خصوصاً عندما كان الصغار يعيشون في المؤسسات وليس في الأسر البديلة، وبعد مرورهم بتغيير متكرر لمكان الإقامة ولا يسهل تحديد السبب من النتيجة.



الشكل رقم (3-2): معدل انتشار الاضطرابات النفسية في الفئة العمرية 7-14 سنة في ثلاث دول مختلفة وهي روسيا وبريطانيا والبرازيل، حسب معيار التشخيص الدولي العاشر (ICD- 10)

الانتشار العام (Overall prevalence):

بصفة عامة تشير المسوحات الحديثة أن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين الأطفال تتراوح ما بين 10-20٪، ولكن هناك مسوحات أكثر شمولية أشارت بأن نسبة الأطفال المرضى بالفعل تصل إلى 50٪ وهي تعكس بذلك الخلل في معايير دليل التشخيصي الإحصائي الثالث، والثالث المعدل (DSM-III وDSM-IIIR) فقبل النسخة الأخيرة من دليل التصنيف الدولى كانت معايير التشخيص تنطبق على العديد من الأطفال بمجرد ظهور مجموعة من الأعراض عليهم بغض النظر عن درجة أهميتها أو تأثيرها على حياتهم (من حيث درجة المعاناة أو الخلل الاجتماعي). ونتيجة لذلك لم تنطبق المعايير التشخيصية على العديد من الأطفال المرضى، فلم يعتبرهم المعالجون «حالات» تحتاج لمعالجة. كما أن العديد من الأطفال الذين شُخِصوا كحالات اضطراب بالمعايير غير المعدلة لم يعانوا من مرض فعلي. لكن مع استخدام معايير دليل التشخيصي الإحصائي الرابع والتصنيف الدولي (DSM-IV- ICD -10) التي تشمل بعض التأثير مع الأعراض تقل نسبة الانتشار. (انظر الشكل 3-1).

زاد في الآونة الأخيرة الوعي بوجود نسبة من الأطفال يعانون من مشكلات نفسية حادة تتطلب المعالجة، ولكنها لا تنسجم مع نظام التشخيص الحالي، وهي الفئة التي ليس لديها العدد الكافي من الأعراض النفسية لتنطبق عليها معايير التشخيص العملية رغم ما تسببه هذه الأعراض من معاناة للأطفال أو من الخلل في الأداء الاجتماعي، وقد وُجِدَ أن مقابل كل ثلاثة أطفال ممن تنطبق عليهم معايير تشخيص الاضطرابات النفسية، هناك طفل ترتبط مشكلاته بمجال الخدمات النفسية ولكن لا تنطبق عليه معايير التشخيص الحالية، وتحتاج الدراسات المسحية حول انتشار الأمراض إلى عنصر الحكم الإكلينيكي لاكتشاف الأطفال الذين قد يتعثرون بين حدود التشخيصات.

ما هو الأكثر شيوعاً؟ (What is Common?)

تشير معظم دراسات الأوبئة بأن الاضطرابات السلوكية هي الأكثر شيوعاً (اضطرابات التصرف، واضطراب المعارضة والتمرد وأنها تصيب حوالي 5- 10٪ بين الأطفال ويتبعها بنسبة مشابهة (اضطراب القلق) وتصيب حوالي 4-6 (من الأطفال). يشيع الاكتئاب بين المراهقين حيث يصيب 2٪ من الفئة، وكان هناك خلاف حول نسبة انتشار فرط النشاط، فالباحثون والمعالجون البريطانيون يرون أن فرط الحراك اضطراب نادر يصيب أقل من 1٪ من الأطفال، بينما يرى الباحثون والمعالجون في أمريكا الشمالية أن اضطراب ضعف الانتباه/ فرط النشاط شائع جداً ويصيب حوالي 10٪ من الأطفال. وتثبت الأدلة العلمية موقفاً وسطاً بين الاتجاهين مع كون معايير التصنيف الدولي (ICD-10) لفرط الحراك أصبحت أكثر مرونة من معايير الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM-IV) التي تعد أكثر صلابة، وتشير الدراسات الحديثة التي تستخدم أي من المعيارين بأن نسبة الإصابة تبلغ ما بين 1- 5٪.

التداخل (Comorbidity):

ينطبق على العديد من الأطفال المصابين باضطرابات نفسية معايير أكثر من تشخيص، فمثلاً ينطبق على الأطفال الذين يعانون من القلق المعمم معايير اضطرابات أنواع أخرى من القلق بما فيها المخاوف المرضية المرتبطة بموضوع معين، ومخاوف اجتماعية، واضطراب قلق الانفصال. وكذلك الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه وفرط النشاط (ADHD) تنطبق عليهم في العادة معايير اضطراب التحدي والتمرد أو اضطرابات التصرف، وفي بعض الاضطرابات يكون التداخل هو الأساس لا الاستثناء، فالاكتئاب على سبيل المثال يصاحبه في العادة اضطراب القلق أو اضطراب سلوكي، وهناك تفسيرات لهذا التداخل منها:

أولاً: أن التصنيف النفسي الحالي بالغ في التقسيم على حساب التجميع.

ثانياً: قد يكون لأحد الاضطرابات عامل اختطار يؤدي للآخر أيضاً، مثل اضطراب التصرف الذي قد يكون عامل اختطار للاكتئاب ربما لأن اضطرابات التصرف تحدث في الأطفال المعزولين والمعرضين لدرجة عالية من الانتقادات.

ثالثاً: العامل البيولوجي والعامل النفسي الذي يهيء لإصابة الطفل باضطراب ما قد يؤدي تلقائياً لاضطراب آخر.

معظم الاضطرابات تُجتاز بدون علاج (Most disorders go untreated):

مع ظهور أعراض الاضطرابات النفسية على الأطفال والتي تؤدي إلى المعاناة والخلل في الأداء الاجتماعي، فإن القليل من هؤلاء الأطفال يحصلون على خدمات الصحة النفسية، يحوّل الأطفال في العادة إلى المختصين عندما تصبح معاناتهم عبء على الوالدين والعكس صحيح، فالأطفال الذين لا يعاني الوالدان من اضطراباتهم من غير المتوقع حصولهم على مساعدة نفسية متخصصة، وهناك نسبة من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية يحصلون على خدمات مساعدة، ولكن ليس من خلال نطاق الخدمات الصحية، ولكن من خلال مجال التعليم أو الاختصاصين الاجتماعيين، وحوالي نصف الأطفال لا يحصلون على أي مساعدة على الإطلاق.

الاستمرارية (Persistence):

عندما يعاني فرد من اضطراب في مرحلتين عمريتين مختلفتين فإن الاستمرارية تسمى «*مثلية النمط*» (Homotypic) إذا كانت الاضطرابات متشابهة في المرحلتين، وفي حال تغير نوع الاضطراب بين المرحلتين مع التقدم في العمر يسمى «غيري النمط» (Heterotypic)، ومن خلال متابعة الأطفال المصابين

باضطرابات التصرف في مرحلة الرشد نجد أن بعضهم تستمر معهم المعاناة من مشكلات تدميرية غير اجتماعية باستمرارية مثلية النمط، بينما يصبح البعض الآخر مكتئباً باستمرارية غيرية النمط،واستمرار مثل النمط من الاضطرابات شائع بين الذكور؛ بينما غير النمط أكثر شيوعاً بين الإناث، وأشارت نتائج بعض الدراسات بأن مشكلات التصرف أكثر تكراراً من المشكلات الانفعالية (انظر الشكل رقم 3-1)، واستمرارية المشكلات من الطفولة إلى المراهقة أمر هام، وعلى سبيل المثال أسفرت دراسة داندين (Dunedin) الطولية على أن ثلاثة أرباع المشخصين كمرضى نفسيين البالغين 21 عاماً كانوا يعانون في السابق من اضطرابات نفسية وقت دراستهم عندما كانت تتراوح أعمارهم من 11-18 عام.

نسبة الجنس والعمر عند بداية الاضطراب

(Sex ratio and age of onset):

تزيد نسبة الذكور المراجعين للخدمات النفسية عن الإناث رغم أن الدراسات الوبائية لا تُظهِر فروقاً هامة بين الجنسين في المعدل العام للإصابة بالاضطرابات النفسية. وتزيد الاضطرابات النفسية بين الذكور قبل البلوغ عنها لدى الإناث، بينما تزيد نسبتها بين الإناث بعد البلوغ. وتتأثر نسبة بين الجنس وعمرالشخص عند ظهورها حسب طبيعة المشكلة (انظر الشكل 3-3) بعض المشكلات تبدأ من الطفولة بينما المشكلات التي تشبه مشكلات الراشدين فبدايتها تكون في المراهقة أكثر منها في الطفولة (انظر الشكل 3-4)، ويعتبر العمر عند بداية المشكلة ونسبتها بين الجنسين مفاتيح هامة وأساسية لتوضيح الأسباب والعلاج.

السببيات (Aetiology):

أثبتت دراسات انتشار الأمراض الأهمية السببية للعوامل النفسية، والجينية،

والعصبية. وشملت دراسة هامة عن عوامل النفس الاجتماعية مقارنة مباشرة بين أطفال من مناطق فقيرة من ضواحي لندن والريف وجزيرة وايت وتم تطبيق مقاييس المرحلتين للعلاج النفسي على عينة ممثلة من المنطقتين تبلغ من العمر عشر سنوات، وأظهر أطفال المناطق الفقيرة ضعف المعدلات في اضطرابات التصرف، والاضطرابات الانفعالية، واضطرابات القراءة بالمقارنة مع أطفال المناطق الغنية. وفسرت هذه النتيجة بصورة مبدئية زيادة بعض المشكلات الاجتماعية في الضواحي مثل انهيار الزواج، ومرض الوالدين، والجريمة، والعيوب الاجتماعية، وتكرار تغيير المدارس والمدرسين.

كما أظهرت دراسة الأمراض بين التوائم وأطفال التبني المساهمة الهامة للجينات في النمط الظاهري المتسع للعديد من الاضطرابات النفسية للأطفال،مثل اضطراب التوحد والدرجات البسيطة منه، كما يبدو أن للوراثة دوراً واسعاً في الاضطرابات ثنائية الأقطاب، والفصام، واضطراب العرات، وفرط النشاط الحاد، كما كان لها دوراً أقل في اضطرابات الطفولة الشائعة مثل اضطراب التصرف والاضطرابات الانفعالية، ومن المعتاد أن يكون هناك ربط بين اضطرابات الأطفال النفسية، وانخفاض مستوى الذكاء أو صعوبات التعلم المحدودة، وعلى رغم رسوخ هذا الاعتقاد إلا أن آلية السببية ما زالت موضع دراسة، ففي بعض الحالات تؤثر المشكلات النفسية مثل فرط النشاط على تأخر التعليم، وفي حالات أخرى قد يؤدي الإحباط الناتج عن المشكلات التعليمية إلى مشكلات نفسية، وفي حالات أخرى فإن المشكلات النفسية والتعليمة تكون تعبيراً عن مشكلات من نوع ثالث تتعلق بالعوامل الجينية أو العصبية أو الظروف الاجتماعية، كما أظهرت الدراسات الوبائية أن الأطفال المصابين باضطرابات عقلية خلقية أو مكتسبة ترتفع لديهم نسبة الاضطرابات النفسية المصاحبة بدرجة أعلى من تلك التي وُجدَت بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات غير دماغية مزمنة والتي تؤدي إلى تداخل علاقات ومن الوصم الاجتماعي.

شائعة بين الذكور	شائعة بين الذكور والإناث	شائعة بين الإناث
اضطرابات التوحدية	الاكتئاب (قبل البلوغ)	مخاوف مرضية محددة مثل الخوف من الحشرات
اضطرابات فرط النشاط	صُماتُ انْتِخابِيّ	سَلَسُ البَولِ النَّهارِي
اضطرابات التصرف/والمعارضة	رفض المدرسة	إيذاء متعمد للذات (بعد البلوغ)
انحراف الأحداث		اكتئاب (بعد البلوغ)
الانتحار		قهَمٌ عُصابِيّ
اضطراب العرات مثل توريت		نهامٌ عُصابِيّ
سلس البول الليلي في الأطفال الأكبر سناً		
اضطرابات نمائية محددة مثل صعوبة القراءة والكتابة		

الشكل رقم (3-3): معدل الاضطرابات بين الجنسين

اضطرابات تبدأ مبكراً	اضطرابات تبدأ غالباً في المراهقة
اضطرابات التوحد	اكتئاب
اضطرابات فرط النشاط	الهوس
اضطرابات التعلق	الذهان
صُماتُ انْتِخابِيّ	الانتحار وإيذاء متعمد للذات
اضطراب المعارضة والتمرد	القهم والنهم العصابي
قلق الانفصال	نوبات الذعر ورُهابُ المَيَادين
مخاوف مرضية محددة مثل الخوف من الحشرات	الإدمان
سلس البول	انحراف الأحداث
صعوبات تعلم معممة	
اضطرابات نمائية محددة مثل اضطراب اللغة والقراءة	

الشكل رقم (3-4):العمر عند بداية ظهور الاضطرابات

الفروق بين الثقافات (Cross-cultural differences):

تتركز أهمية الدراسات الوبائية في المجتمعات متعددة الثقافات حيث تعمل على إظهار أسباب الاضطرابات النفسية وعلاقتها باختلاف الثقافات داخل نفس المجتمع، وهي تعتبر طريقة جيدة لتقييم الخدمات التي تُقَدم للأقليات، كما أن معظم معارفنا عن اضطرابات الأطفال تعتمد في عيناتها على الأطفال البيض، ولذا فهناك حاجة للدراسات عبر الثقافات للتحقق ما إذا كانت الأفكار الحالية عن التصنيف والأسباب والمآل المرضي والعلاج والوقاية تنطبق على الأطفال من جميع الخلفيات الثقافية، ولنتذكر أن الفروق في مجال الصحة النفسية للطفل بين الثقافات المختلفة تنبع من عدة عوامل بما فيها الاختلافات حول ممارسات التنشئة وتبعات الهجرة، واختلاف الخبرات مع التحيز أو الفقر، أو حتى الفروق البيولوجية، وأظهرت نتائج الدراسات البيئية في لندن بعض النتائج الهامة فى هذا المجال وفي دراسة أُجريت على التميز العنصرى وُجِدَ أن الأطفال الذين ولد آباؤهم في شبه القارة الهندية يعانون من نسبة فرط النشاط أقل من الجماعة الضابطة، وذلك أثناء مقارنتهم بمقاييس موضوعية في النشاط والانتباه، ولكن كانوا مساويين أو أكثر معاناة من فرط النشاط من خلال تقييم المدرسين لهم، مما يشير إلى احتمالية وجود تحيز عرقي ضدهم، وقد أظهرت دراسة أخرى أُجريت في لندن تقارن أطفال أفارقة الكاريبي مع الأطفال البيض أن هناك زيادة في نسبة اضطرابات التصرف لأطفال أفارقة الكاريبي في المدرسة ولكن هذه الزيادة لم تظهر خلال التقييم المنزلي، وقد يكون أحد التفسيرات المقبولة لهذه النتيجة أن تصرفاتهم المدمرة في المدرسة هي استجابة لمعاناتهم من التمييز في محيط المدرسة.

وأظهرت عدة دراسات في بلاد مختلفة زيادة نسبة التوحد بين الأطفال المهاجرين،وأحد التفسيرات المحتملة ـ ولكن غير المؤكدة ـ تُعزَى هذه الاضطرابات إلى التهابات ناتجة عن إصابة الأمهات المهاجرات بفيروسات لم يتعرضن لها من قبل في بلادهن الأصلية. وتوضح هذه الأمثلة البسيطة الحاجة لوضع الفروق الثقافية في عين الاعتبار عند تفسير النتائج.

الاتجاهات الزمنية (Time trends):

تتزايد الأدلة التجريبية المؤيدة لوجهة نظر المتشائمين بأن الأمور تزداد سوءاً مع مضي السنين، فمنذ تغير معايير التشخيص وأدوات البحث عبر الزمان يصعب الجزم بوجود زيادة فعلية في نسبة الاضطرابات؛ أم أن ذلك نتيجة لانخفاض العتبة التشخيصية الفارقة في الوقت الحالي، أو لأننا ببساطة أصبحنا أكثر قدرة على تمييز هذه الاضطرابات.

ومع الانتباه للاعتبارات البحثية يبدو أن الأطفال أصبحوا في الخمسين عاماً الماضية أكثر عرضة للمشكلات السلوكية، والجريمة، والإدمان، والاكتئاب، والانتحار وهي المشكلات التي يُعرَف عنها تأثرها وحساسيتها للظروف النفسية الاجتماعية، أما اضطرابات الأكل فإن مؤشرات زيادتها ليست جازمة بعد.

الباب الثاني

الاضطرابات النوعية

والتجلي

Specific Disorders

and Presentation

الفصل الرابع

اظطرابات طيف التوحد

Autistic spectrum disorders

يعتبر اضطراب توحد الأطفال هو الاضطراب الأكثر شهرة، والذي حاز على أعلى درجة من اهتمام الباحثين. ويُطلَق على اضطراب توحد الأطفال أو الذاتوية أو التوحد «اضطرابات طيف التوحد»، ويُعد أحد اضطرابات النمو الشاملة، بينما يُنظر لباقي الاضطرابات في نفس المجموعة على أنها تنوعات أقل حدة تنطبق عليها فقط بعض المعايير التشخيصية لتوحد الطفولة. ومن هنا تأتي الفكرة الأساسية لطيف التوحد، حيث يترواح الطيف من مجرد توحد تقليدي (Classical autism) من جهة درجاً نحو أطفال ضمن المعدل الطبيعي من جهة أخرى. ورغم أن اضطرابات التوحد تبدأ عادة في الطفولة إلا أنها تستمر إلى مرحلة الرشد أيضاً.

الوبائيات (Epidemiology):

مع تطور القدرة على تشخيص اضطراب طيف التوحد زاد معدل رصده. ويُقال عادة إن المعدل اثنان في الألف ولكن هناك دراسات حديثة ترفع هذه النسبة إلى ثمانية في الألف، ويمثل التوحد التقليدي من 25٪ إلى 60٪ من جميع أشكال الاضطرابات، وتشير بعض التقديرات الأكثر والأحدث عهداً إلى أن انتشار التوحد التقليدى يمثل ما يقارب من 6 إلى 15 في الألف. وتبلغ النسبة بين الذكور والإناث 3:1، ولا توجد علاقة واضحة بينه وبين الوضع الاجتماعي الاقتصادي، أما الربط السابق بينه وبين المستوى الاقتصادي المرتفع في الدراسات الأولية فقد يكون بسبب التحيز.

الملامح المميزة (Characteristic features):

يُعرف التوحد في الطفولة بالظهور المبكر لأعراض في مجالات ثلاثة هي:

* قصور في الأداء الاجتماعي
* قصور في التواصل
* أفعال واهتمامات محدودة ومكررة.

القصور الاجتماعي (Social impairment):

وهو يتعلق بالتفاعل المتبادل مع الآخرين حيث يتصف الصغير التوحدي بالابتعاد (العزلة)، وضعف التواصل البصري، وعدم الاهتمام بالناس كبشر (رغم اهتمامه بهم كآلات تداعبه، أو كموزعين للطعام، أي كمصدر لشيء وليس كبشر) مع عدم القدرة على رعاية الذات، وفي حال تطور الاهتمام الاجتماعي، كما يحدث لدى أكثر من 50٪ من الأطفال التوحديين تبقى هناك مشكلات في الاستجابات الاجتماعية المتبادلة وفي القدرة على التعاطف. ويواجه الطفل التوحدي صعوبة في تكييف سلوكه مع المحتوى الاجتماعي فهو ضعيف في ملاحظة انفعالات الآخرين، وفي الاستجابة لها بطريقة مناسبة، نجد أن الارتباط بالوالدين عند أولئك الأطفال هو ارتباط عادي، وقد يكون الطفل حنوناً (أو حتى حنوناً أكثر مما هو مطلوب)، فهو يبدأ في المعانقة أكثر من التقبل لها حين يبادر بها الوالدين. يخضع التفاعل الاجتماعي لشروط الطفل الخاصة، ويسهل عادة على الراشدين والأطفال الأصغر سناً أكثر من باقي الأطفال من نفس عمره، وغالباً ما يكون التفاعل مع جماعة الرفاق محدوداً جداً، وحتى بين التوحديين الأكبر سناً ذوي الأداء الجيد يبقى الموشر الأكثر حساسية على ضعف الأداء الاجتماعي هو محدودية القدرة على تكوين صداقات حميمة (ويشمل المشاركة المتبادلة للاهتمامات والنشاطات والانفعالات).

قصور التواصل (Communication impairment):

ويؤثر هذا على الفهم والتعبير، واللغة اللفظية وغير اللفظية وقد تقل الثرثرة، ولايكتسب حوالي 30٪ من التوحديين لغة مفيدة، ويتصف الباقون بتأخر التطور

اللغوي بشكل ملحوظ (وقلة منهم يكتسبون كلمات مفردة وبعض المقاطع في العمر المناسب قبل أن يعودوا ليفقدوا هذه القدرة مرة أخرى). هناك انحراف وتأخر في الكلام، ومن أشكال هذه الانحرافات ترديد فوري أو مؤجل لكلمات أو مقاطع، أو قلب الضمائر (استخدام أنا بدل أنت)، أو استخدام الكلمات والمقاطع بشكل متميز خاص، أو اختراع كلمات (تعابير جديدة)، أو الاعتماد على مقاطع جاهزة، أو تكرار الأسئلة. وبدلاً من تبادل الحديث بين أخذ ورد فإن التوحدي يوجه فقط حديثه للآخرين، فبعضهم يستخدم الكلام فقط لطلب الأشياء من الآخرين، وبعضهم يتحدث طويلاً عن موضع اهتمامه الحالي، ويظهر هذا الطول من خلال المؤشرات الاجتماعية عندما يفقد المستمع اهتمامه، ومع ذلك يستمر هو في الحديث. وغالباً ما يبدو الكلام غير طبيعي من حيث طبقة الصوت والنغمة فعندما يغني أغنية مثلاً فكأنه ينفخ في مزمار رتيب على نفس الدرجة، ويقل استخدام الإيماءات، أو تكون غير متكاملة.

نشاطات واهتمامات محددة ومكررة (Restricted and repetitive activities and interests):

وهذا يشمل: مقاومة التغيير، حيث يؤدي أي تغيير بسيط في أثاث المنزل مثلاً إلى نوبة غضب، والإصرار على الروتين والتكرار، والتصفيق، والدوران، وتنظيم الألعاب، والتعلق بأشياء غير عادية (مثلاً سلة مهملات)، الانبهار بجوانب غير معتادة من العالم المحيط (اللعب بالسوستة وبشعر الآخرين)، الانشغال بأشياء محددة (مثلاً مواعيد القطارات، أسعار السيارات) وغيرها من الأفعال النمطية. ويعاني من قصور في اللعب التخيّلي ما عدا بين الأفراد الأكبر سناً من ذوي الأداء الجيد، ويقتصر طلبه لأن يلعب على تكرار مقطع بسيط لحدث أو اثنان من قصة مفضلة أو من برنامج تليفزيوني.

بداية مبكرة (Early onset):

رغم ندرة ملاحظة الاضطراب في السنة الأولى من العمر إلا أن 70٪ من

الحالات توصف بأن نموها لم يكن طبيعياً، فعلى سبيل المثال أن الطفل يرفض العناق حتى وهو طفل صغير، أو هناك تأخر واضح في تطورالكلام. وأصبح التأخر واضحاً في 30٪ من الحالات في السنة الثانية أو الثالثة، ويمر هؤلاء الأطفال بحالة من النكوص بعد فترة من النمو الطبيعي أو شبه الطبيعي عندما يفقدون المهارات المكتسبة في التفاعل الاجتماعي، والتواصل واللعب.

يؤكد كلٌّ من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) ودليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV) على أن بعض الأعراض لابد وأن تظهر في عمر 36 شهراً، ولا يسهل دائماً تمييز وقت ظهور الأعراض بهذا الشكل القاطع خصوصاً عندما يعاني الطفل من حالة توحد بسيط. وتنطبق جميع المعايير على بعض الأطفال؛ مما يسهل تشخيص توحد الطفولة، بينما تنطبق بعض المعايير فقط على البعض الآخر، ويتم تشخيصهم «توحد غير تقليدي» حسب التصنيف الدولي للأمراض أو اضطراب نمائي عام غير مصنف (Pervasive developmental disorder) في موضع آخر حسب دليل التشخيص الإحصائي الرابع.

ملامح مصاحبة (Associated features):

صعوبة تعلم عامة (Generalised learning disability):

وتظهر لدى غالبية الأطفال الذين يعانون من أكثر صور التوحد حدة، فمعدل ذكاء خمسين في المائة منهم 50 درجة، بينما سبعين في المائة منهم معدل ذكائه 70 درجة، وجميعهم متوسط ذكائهم أقل من 100 درجة، ورغم أن متلازمة «اسبرجر» [Asperger syndrome] وغيرها من اضطرابات نطاق التوحد تلاحظ بين الأطفال ذوي معدل الذكاء الطبيعي (فوق المتوسط) إلا أنه من الشائع أيضاً أن تصاحب اضطرابات التوحد البسيط صعوبات تعلم عامة، وتستخدم الاختبارات غير اللفظية كأفضل طريقة لقياس معدل الذكاء في حالات التوحد. وبسبب المشكلات اللغوية المصاحبة للاضطراب يكون معدل الذكاء اللفظي في حالة التوحد الشديدة دائماً أقل من معدل الذكاء غير اللفظي، والعكس صحيح حيث ينخفض الذكاء غير اللفظي عن الذكاء اللفظي في متلازمة «اسبرجر» وفي التوحديين الذين لم يتأثر أداؤهم.

النوبات (Seizures):

تظهر النوبات في مرحلة المراهقة بين حوالي ربع التوحديين الذين يعانون من صعوبات تعلّم معممة، وحوالي 5٪ ممن لديهم معدل ذكاء عادي، وتكون بداية النوبات بين الأفراد المصابين بصعوبات تعلم معممة دون مشكلات توحدية في الطفولة المبكرة بدلاً من المراهقة.

مشكلات نفسية أخرى (Other psychiatric problems):

يعاني الأطفال التوحديون بالإضافة لما سبق من المزيد من المشكلات مثل فرط النشاط، ومشكلات السلوك والانفعالات. يشكو الوالدان والمدرسون عادة من فرط النشاط وضعف التركيز، ويكشف البحث الدقيق أن الشكوى من فرط النشاط تظهر فقط مع الأنشطة التي يفرضها الراشدون، بينما يظهر الطفل مثابرة على أفعال من اختياره مثل ترتيب الألعاب أو السيارات، أو مشاهدة نفس شريط الفيديو لعدة مرات، ولكن قد يكون تركيز الطفل ضعيفاً في بعض الحالات في جميع الأنشطة. كما تشيع بينهم نوبات الغضب الحادة والمتكررة، وقد يكون السبب فيها عدم قدرة الأطفال على التعبير عن أنفسهم، أو حاجاتهم، أو بسبب تدخل أحد ما في روتينهم وعاداتهم، حيث يؤدي تدخل البعض أحياناً إلى انفجارات عدوانية. والأطفال التوحديون الذين يعانون من صعوبات التعلم المعممة أكثر عرضة لسلوكيات إيذاء الذات مثل ضرب الرأس أو إصابة العين أو عض اليد. الإصرار على الطعام النادر يمثل صورة محددة من السلوك المتكرر، وقد يؤدي الخوف الشديد إلى تجنب رهابي، وبعض هذه الرهابيات هي صور مبالغة من مخاوف الأطفال الشائعة (مثل الخوف من الكلاب الضخمة) ولكن بعضها تمييزي (مثل الخوف من مضخات البنزين) أما الهلاوس والأوهام فلا ترتبط بالتوحد.

التشخيص التفريقي (Differential diagnosis):

اضطرابات لغوية نمائية أو مكتسبة (Developmental or acquired language disorders):

تكون القدرة والرغبة في التفاعل الاجتماعي ولو من خلال الإشارة سليمة لدى الأطفال الذين يعانون فقط من اضطراب فى اللغة صوتي أو إعرابي (انظر فصل رقم 26)، ولكن هناك حالات من التداخل والخلط ما بين بعض حالات الاضطرابات اللغوية الشديدة وحالات الذاتوية البسيطة. كما أن هناك جدل مستمر حول ما إذا كانت الصعوبات اللغوية (في الدلالة والاستعمال) اضطراباً منفصلاً أو عرضاً آخر من أعراض التوحد البسيطة.

متلازمة اسبرجر (Asperger syndrome):

يُنظَر لها البعض أحياناً كصورة بسيطة من التوحد، رغم اختلافها عنها من عدة نواحي:

أولاً: يحدث تأخر في اكتساب المفردات والقواعد، وفي حالة حدوثه يكون بسيطاً رغم أن باقي الجوانب اللغوية غير طبيعية تماماً كما في التوحد، فيكون الكلام متكلف ومتحذلق مع ترنيم وإشارات محددة أو مُبالغ فيها، مع ترديد مناجاة (منولوج) حول المواضيع المفضلة يصعب إيقافها.

ثانياً: تكون العزلة المبكرة أقل مما هي عليه في التوحد، فالطفل الذي يعاني من متلازمة اسبرجر يهتم عادة بالآخرين رغم أن تفاعله الاجتماعي أرعن، ويعكس خللاً في التعاطف والاستجابة الاجتماعية. وفي مثل هذه الحالات فإن المصابين بمتلازمة اسبرجر يشبهون التوحديين ذوي الأداء الجيد ممن تجاوزوا عزلتهم.

ثالثاً: تظهر السلوكيات المحددة والمكررة في مجالات محددة سابقاً مثل خرائط الجغرافيا أكثر مما تظهر في المجالات النمطية المتحركة.

وأخيراً ترتفع نسبة الفوضى المبالغ فيها في متلازمة اسبرجر عنها في التوحد.

صعوبات تعلم معممة دون ملامح توحدية

(Generalised learning disability without autistic features):

تغيب اللغة واللعب التمثيلي إذا كان العمر العقلي أقل من 12 شهراً، وتزيد نسبة النمطية البسيطة، وتبقى الاستجابة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ضمن عمرهم العقلي.

صعوبات تعلم معممة مع ملامح توحدية

(Generalised learning disability with autistic features):

يعاني الأطفال ممن لديهم صعوبات تعلم معممة من نزعات خلل تؤثر على: التفاعل الاجتماعي، والتواصل، واللعب، مع وجود درجات مختلفة من السلوكيات المحدودة والمكررة. وتنطبق جميع معايير تشخيص التوحدية في الأطفال على قلة من الأطفال، ويشخص غالبيتهم كمصابين بتوحد تقليدي (رغم معارضة بعض المعالجين لقيمة هذا التقسيم).

متلازمة ريت (Rett syndrome):

يكاد يكون ظهور هذا الاضطراب السائد المرتبط بكروموسوم (X) السائد محصورا بين الإناث، وقد يختلط مع التوحد، هناك نكوص نمائي عام مع فقدان للقدرات المكتسبة في عمر 12 شهراً تقريباً، ويصاحبه تناقص في نمو الرأس، وغسل نمطي لليد، واستخدام اليد بشكل محدد، ولهاث، وضحك بدون سبب، وضعف القدرة على الحركة تدريجياً. وتعتبر الاستجابة الاجتماعية للأطفال المصابين بهذه المتلازمة مقبولة في حال التغاضي عن مستوى ذكائهم وإعاقاتهم الجسدية. ويستمر هذا المرض في التطور بحيث ينتهي المصابون كمقعدين في نهاية العقد الثاني من حياتهم ويتوفون قبل سن الثلاثين.

اضطرابات التَنَكُّسٌ العَصَبِيّ والخرف المتقدم

(Neurodegenerative disorders with progressive dementia):

يجب الانتباه لهذه الأمور عند حدوث التنكس وبدء ظهور ملامح التوحد بعد فترة من النمو الطبيعي أو شبه الطبيعي، ويصبح الخلل العصبي مع الوقت واضحاً، ويتوفى الطفل. هناك اضطرابات جينية مشابهة ولكنها نادرة لحسن الحظ مثل حثل المادة البيضاء الكظري (Adrenoleucodystropy)، ومرض باتن (Batten disease)، ومرض هنتجتون اليفعي (Juvenile Huntington)، ويعتبر الاعتلال الدماغي المصاحب لڤيروس الإيدز (HIV encephalopathy) السبب الرئيسي لخرف الأطفال المنتشر عالمياً.

اضطراب فكاكي (Disintegrative disorder):

ويُعرَف كذلك بذهان فكاكي، أو متلازمة هيلر (Heller syndrome) وهو حالة نادرة جداً، ويشمل نمو طبيعي في جميع الجوانب لمدة تتراوح من عامين إلى ستة أعوام يتبعه في البداية حالة من التراجع يصاحبها قلق واضح وفقدان القدرة على ضبط التبول والإخراج، ويؤدي إلى صعوبات تعلم معممة بدرجة شديدة مع مظاهر توحد دائمة.

الحرمان الشديد والمبكر (Intense early deprivation) :

يُنتج الحرمان النفسي الاجتماعي الشديد مظاهر توحد، وظهر هذا من خلال دراسات أُجريت على أطفال تم تبنيهم ممن تعرضوا للحرمان من التغذية المناسبة والرعاية الجسدية، والمثيرات المعرفية واللغوية، ومن التفاعل الاجتماعي العادي في السنة أو السنتين الأوليتين في حياتهم. ورغم تحسن أداء معظم هؤلاء الأطفال خلال بضع سنوات من تبنيهم إلا أن هناك مجموعة صغيرة بقيت تعاني من ضعف اجتماعي وضعف في التواصل مصاحبة لاهتمامات محددة، والانشغال بأحاسيس محددة. يصعب في الطفولة المبكرة تمييز هذه الآثار عن التوحد، ولكن مع نضج الطفل تتطور الصورة الإكلينيكية عندما يصبح التثبيط الاجتماعي، والاهتمامات المحدودة هي الملامح الأوضح.

متلازمة الكروموسوم الهش X (The fragile X syndrome):

يرتبط عادة بسلوكيات تشبه التوحد مع ظهور التجنب الاجتماعي، وضعف التواصل البصري، ولكن يبدو أنها ناتجة عن القلق الاجتماعي وليس عن عدم المبالاة الاجتماعية، وباستبعاد هذه السلوكيات التي تبدو عن التوحد يبقى الجدل حول ما إذا كانت متلازمة هشاشة الصبغي x هي الأكثر ظهوراً من بين صعوبات التعلم المعممة في التوحد التقليدي.

الصمم (Deafness):

يُشك دائماً بوجود الصمم عندما لا يستجيب الأطفال التوحديين لمن يتحدث إليهم، ولكن يظهر من خلال تتبع الحالة أنهم لا يجدون صعوبة في الانتباه لأصوات تهمهم مثل خشخشة ورق طعام يحبونه (الشكولاتة، أو رقائق البطاطا)، وبخلاف الأطفال التوحديين يكون الأطفال الصم اجتماعيين وحريصين على التواصل من خلال الإشارة مثلاً.

السببيات والإمراض (Aetiology and Pathogenesis):

يعاني حوالي 10-15٪ من الأطفال التوحديين من مشكلات طبية وتزيد احتمالية وجود أسباب طبية خفية عندما يعاني الطفل من صعوبات تعلم معممة عميقة. لوحظ وجود مجموعة واسعة من الاضطرابات الطبية بعضها قد يوجد بالصدفة، وبعضها يعكس زيادة غير محددة في معدل اضطرابات التوحد والتي تؤدي إلى صعوبات التعلم المعممة.

ارتباط الذاتوية مع صعوبات التعلم معروف، وإن كان غير محدد فهناك بعض الحالات التوحدية التي تظهر كثيراً مصاحبة لحالات من صعوبات التعلم مثل التصلب الحدبي مع النوبات ولكنها أقل ظهوراً مع غيره مثل الشلل الدماغي.

وبالنسبة لغالبية التوحديين الذين لا يعانون من مشكلات طبية تحتل العوامل الجينية المرتبة الأولى من حيث الأهمية، حيث تُظهِر الدراسات حول التوائم أثر

الوراثة في أكثر من 90٪ من الحالات، ويرجع ذلك إلى تفاعل عدة جينات أكثر من مسؤولية جين واحد. أظهرت الدراسات الترابطية التي مسحت العوامل الجينية عدة مواضع محتملة، وعلى عكس باقي مثل هذه الاعتقادات في علم النفس تمت دراسة هذه المواضع بشكل مكثف خلال العشرين عاماً الماضية في موضعين على الأقل في كروموسوم 7q و2q. ويبدو أن نمط الوارثة واسع ويمتد من التوحد التقليدي من جهة إلى التنوع الجزئي البسيط من الجهة الأخرى. وتبلغ نسبة الانتشار بين الأشقاء حوالي 3٪ بحسب التعريفات الضيقة للتوحد، وتزيد هذه النسبة في التفاوت البسيط من 10-20٪، وقد تكون العوامل الجينية أقل أهمية في سببيات المظاهر التوحدية المصاحبة لصعوبات التعلم المعممة الوخيمة والعميقة، فهذه قد تنتج بشكل أساسي عن تلف الدماغ الشائع (النسخة المظهرية)، وهناك شك كبير في أهمية تأثير ظروف الولادة غير المناسبة.

رغم أن الحرمان المبكر والطويل في المؤسسات غير الملائمة قد يؤدي إلى مظاهر توحد إلا أنه لا يوجد دليل على أن ظروف الحرمان النفسية والاجتماعية بدرجة عادية تسبب التوحد، كما لا يوجد أدلة تثبت النظريات التي ترى أن التوحد ينتج عن أحداث مأساوية، أو بسبب قسوة وقصور استجابة الوالدين لأطفالهم ومع ذلك فما زالت هناك جهات تتبنى وجهات النظر هذه وتسبب معاناة غير ضرورية للوالدين.

افترض العديد من الباحثين أن التوحد ينشأ فقط من خطأ أساسي في واحد من الأنظمة العصبية أو في أحد نواحي الأداء النفسي، وهناك اعتقاد بأن التوحد يعكس خليطاً من الشذوذ البنائي أو الوظيفي. لم تظهر الدراسات الفسيولوجيا العصبية وجود خلل بؤري واضح حيث شملت الدراسات أجزاء مختلفة من الدماغ ولم تنجح في تحديد موقع بعينه بشكل دائم. ووجود قلة استثنائية من التوحديين بكفاف الرأس وأدمغة أكبر حجماً من الطبيعي قد يجعل من شذوذ النمو العصبي العام أكثر أهمية من الشذوذ البؤري.

حققت محاولات التأكد من وجود خلل نفسي أساسي في التوحد نتائج أفضل قليلاً، ورغم عدم حصول أي نظرية على تأييد وموافقة عامة إلا أن هناك

نظريتين مؤثرتين تقترح إحداهما أن الخلل الأساسي في التوحد هو في «نظرية العقل» (Theory of mind) أي إمكانية عزو الحالة النفسية للذات أو الآخرين من أجل تفسير وشرح السلوك (انظر الشكل 4-1)، وهذا النوع من الخلل يؤدي لعدم القدرة على إدراك وجهة نظر الطرف الآخر ولكنه لا يؤثر على القدرة لفهم المواضيع والناس. أما النظرية الثانية فترى أن الخلل في التوحد يكمن في وظائف التنفيذ (Executive function) مثل مهارات التخطيط والتنظيم والتي تظهر من خلال ضعف الأداء في فحص الفص الجبهي. وتشمل الاقتراحات الأخرى حول الخلل النفسي في التوحد العجز الخلقي في القدرة على الانخراط انفعالياً مع الآخرين وعدم القدرة على استخلاص المعاني من المعلومات ذات الصياغة المعقدة. وعلى أي حال لا تقدم أي من هذه النظريات تفسيراً مرضياً للسلوكيات النمطية المكررة في التوحد، ولا لانخفاض نسبة الذكاء لدى معظم المصابين بالذاتوية.

تمثل القصة التالية باستخدام الألعاب

لدى سالي قطعة رخام وضعتها في السلة وخرجت، وبينما هي في الخارج تُقرر أن أن تلعب معها فتخرج الرخام من السلة وتضعه في صندوق ثم تغادر الغرفة. وعندما ترجع سالي وتريد اللعب بلعبتها أين ستبحث عنها؟

الطفل الطبيعي في الثالثة من عمره سيفشل في الاختبار وسيجيب على السؤال بأنها ستبحث في الصندوق، فهو يعرف أن اللعبة هناك ويصعب عليه أن يقتنع بأن سالي لا تعرف مثله.

طفل الرابعة من عمره سينجح في الاختبار وسيجيب بناءً على معرفة سالي الخاطئة بأنها ستبحث في السلة.

وينجح الأطفال المصابون بمتلازمة داون عادة في الاختبار إذا كان عمرهم العقلي أربع سنوات أو أكثر في الاختبارات اللفظية.

أما الأطفال التوحديون فعلى العكس سيفشلون في الاختبار حتى لو كان عمرهم العقلي في الاختبارات اللفظية أربع سنوات أو أكثر، والقلة من المتميزين منهم الذين ينجحون في هذا الاختبار يفشلون في اختبارات للقدرات العقلية أكثر تعقيداً

الشكل رقم (4-1): قصة سالي وآن ـ اختبار أولي لنظرية العقل

العلاج (Treatment):

يدور العلاج الحالي حول تقديم خدمات تعليمية مناسبة ودعم الوالدين، حيث يتحسن أداء التوحديين في مواقف التعلم المضبوطة بشكل كامل مع مدرسين ذوي خبرة في التوحد، كما تبدو واضحة فائدة إدخال الأطفال من عامين إلى ثلاثة أعوام في حضانات خاصة، ويساعد تطبيق البرامج السلوكية في المنزل والمدرسة على خفض نوبات الغضب، والانفجارات العدوانية، والمخاوف والطقوس ويسمح بمزيد من النمو الطبيعي، وترغب معظم الأسر في تلقي المساعدة، ولذا يكون من المفيد عضوية منظمة والدية حيث يسهل الحصول على النشرات، وحضور المؤتمرات، وتلقي المساعدة الهاتفية من خلال ما يُعرَف بالخط الساخن، والاتصال بأسر أخرى لها نفس الظروف.

تُستَخدم مضادات الصرع (Antiepileptic) في التعامل مع حالات الصرع المصاحبة أحياناً، ولكن الأدوية النفسية لا تعالج الأعراض الأساسية للتوحد بل تساعد أحياناً في التخفيف من الأعراض المصاحبة عندما تُستَخدم لأغراض معينة ضمن عملية العلاج النفسي والتعليمي، بعض مثبطات استرداد السيروتونين المختارة [(Selective serotonin reuptake inhibitors) (SSRIs)] تكون فعالة في معالجة القلق المفرط، الاكتئاب، وإيذاء الذات والسلوكيات القهرية. استخدام المنبهات قد يقلل من فرط النشاط المصاحب ولكن على حساب زيادة كبيرة في السلوكيات المكررة. وأظهرت بعض مضادات الذهان مثل (Haloperidol) و(Risperidone) قدرة على خفض تكرار السلوك، والعدوان، والرج (الهياج)، ويبقى علينا المقارنة بين الفائدة المحتملة لهذه الأدوية مقابل مخاطر أدوية مضادات الذهان، (انظر الفصل رقم 34).

المآل (Prognosis):

تكون لغة حوالي 70٪ من الأطفال التوحديين جيدة، والأطفال الذين لم يكتسبوها في عمر خمس سنوات من غير المحتمل أن يفعلوا ذلك فيما بعد. ويتحسن عرض الابتعاد والعزلة التوحدي لدى أكثر من نصف الحالات تقريباً

ويستبدل باهتمامات اجتماعية نشيطة ولكن غريبة.
ويصاحب المراهقة عدة تغيرات:

* العمر الحرج لبداية النوبات هو ما بين 11-14 عام.
* قد يستبدل فرط النشاط المبكر بخمول وعطالة واضحة.
* يتعرض حوالي 10٪ من التوحديين أثناء المراهقة لفترة من فقدان المهارات اللغوية يصاحبها أحياناً تدهور عقلي، ولكن في هذه الخسارة لا تتطور المهارات المفقودة ولا تسترجع أيضاً.
* تزداد حالات الهياج وتؤدي إلى انفجارات عدوانية أحياناً.
* قد يصبح السلوك الجنسي غير المناسب مصدراً للمشكلات.

وهناك حوالي 10٪ من الراشدين المشخصين كمتوحدين قادرين على رعاية أنفسهم ويعملون، ونسبة أقل منهم لهم أصدقاء أو يتزوجون أو ينجبون أقل، وأفضل مؤشر لاعتمادية الطفل في المستقبل هو مؤشر الذكاء، ودرجة اكتسابه للغة في سن الخامسة، وأما الأطفال الذين يبلغ متوسط ذكائهم أقل من 60 على الاختبارات غير اللفظية سيعانون بالتأكيد من خلل اجتماعي في مرحلة الرشد ولن يكونوا قادرين على الاستقلال بمعيشتهم. يزيد احتمالي استقلال الأطفال ذوي المتوسط الذكاء الأعلى خصوصاً عند نجاحهم في اكتساب اللغة في سن الخامسة. ومع اكتساب اللغة ومتوسط ذكاء مقبول يستطيع فقط 50٪ من أطفال التوحد التقليدي الحصول على مكتسبات اجتماعية جيدة في الرشد، ويمكن القول بأن المآل المرضي للتوحد البسيط أفضل بشكل عام، والتوحديون ليسوا عرضة لاختطار أعلى من غيرهم للإصابة بالفصام.

الفصل الخامس

فرط النشاط

Hyperactivity

يستخدم الوالدان فرط النشاط كعنوان لمجموعة واسعة من السلوكيات بما فيها الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل، والمشاغبة، والمرح، والانبساط، بينما يستخدم الأطباء النفسيون للأطفال فرط النشاط بطريقة أكثر تحديداً ويعرفونه في ضوء عدم الاستقرار أو الهياج (Restlessness)، وضعف الانتباه (Inattentiveness)، والاندفاعية (Impulsiveness) أحياناً. ويتدرج الناس عموماً من حيث النشاط والانتباه، وقد يُستَخدم فرط النشاط كبعد للإشارة إلى هذا المتصل الذي يتوزع عليه الناس، ويُستَخدم أحياناً بطريقة معيارية للإشارة إلى الأفراد الذين لديهم قيم متطرفة على هذا البعد والتي تتطلب تشخيصاً. عند استخدام النشاط كمعيار تشخيص فإن الخط الفاصل بين الطبيعي والزائد رسمته مناهج التشخيص المتعددة في مناطق مختلفة،فبينما استخدم البريطانيون معياراً شديد التحديد لفرط الحراك (Hyperkinesis)، وجعلوه اضطراباً حاداً يصيب حوالي 1٪ من الأطفال، استخدم أهل أمريكا الشمالية شروطاً أوسع وشملوا اضطراب نقص الانتباه ـ فرط النشاط (ADHD) فبلغت نسبته حوالي 6٪ بين الذكور ممن يتلقون معالجة لمثل هذا الاضطراب في بعض المناطق. ومؤخراً أيد الاتجاه التجريبي في التصنيف نقطة وسط بين هذين الطرفين، وباستخدام هذه النتائج أصبح التصنيفان الأساسيان العالميان أكثر تشابهاً وانخفضت نسبة الخلافات بين التصنيف الدولي (ICD-10) لاضطراب فرط الحراك والدليل الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM-IV) لاضطراب ضعف الانتباه/ فرط النشاط (ADHD).

الوبائيات (Epidemiology):

تبلغ نسبة الانتشار حسب التصنيف الدولي (ICD-10) لاضطراب فرط

الحراك 1-3٪، أما حسب تصنيف الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM-IV) لاضطراب ضعف الانتباه/ فرط النشاط تبلغ 2-5٪، أما نسبته بين الذكور والإناث فهي 3:1، ويزيد بين الأطفال الصغار. ويرتبط فرط النشاط بالحرمان، وتزيد نسبته في المدن الداخلية والمناطق الريفية الأكثر فقراً، وبين الأسر ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، وبين أطفال المؤسسات.

الملامح المميزة (Characteristic features):

عدم استقرار واضح، وضعف الانتباه، والاندفاعية

(Marked restlessness, inattentiveness and impulsiveness):

يتلوى الأطفال الذين لديهم فرط نشاط ويتملصون في مقاعدهم،ويعبثون بملابسهم وبالأشياء، ينهضون ويتجولون بشكل متكرر حين ينبغي عليهم الجلوس، ويجدون صعوبة في الاستمرار والتركيز على مهمة واحدة مهما كانت، ويغيرون النشاط بشكل متكرر، ويسهل تشتيتهم. ويكون الاختلاف في عدم القدرة على ضبط النشاط وليس مقداره، ففي ساحة اللعب قد لا يكون الطفل المصاب بفرط النشاط أكثر نشاطاً من غيره، ولكن الواضح هو عدم قدرة الطفل على كبح النشاط عندما يكون الثبات مطلوباً سواء كان ذلك في الفصل أو على مائدة الطعام. ويتميز الأطفال المصابون بفرط النشاط غالباً بالاندفاعية، فيتصرفون دون حساب لردة الفعل، وينخرطون أحياناً في سلوكيات خطيرة ومتهورة، يلقون بالإجابات في الفصل دون تفكير، ويقاطعون الراشدين والرفاق، ولا ينتظرون دورهم في اللعب. ولكون الاندفاعية خاصية مميزة للاضطرابات السلوكية عامة (انظر الشكل 6-3)، ولذا فهي أقل فاعلية في تمييز فرط النشاط من عدم الاستقرار وضعف الانتباه.

الانتشارية (Pervasiveness):

تُعتبر الانتشارية مفتاحاً أساسياً في تعريف فرط النشاط لدى التصنيف الدولي (ICD-10) والدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV)، فلا يكفي فرط النشاط في مجال واحد فقط لتشخيص فرط الحراك ولا ضعف الانتباه/ فرط

النشاط بل يجب أن يظهر في أكثر من مجال مثلاً في المنزل والمدرسة. وقد لا يظهر فرط النشاط في زيارة العيادة القصيرة حيث يكون الطفل خائفاً من المختص الغريب، أو سعيداً لحصوله على اهتمام كبير من الراشدين فيتصرف بهدوء.

الإزمان والبداية المبكرة (Chronicity and early onset):

لتشخيص الاضطراب يطلب كل من تصنيف (ICD-10) و(DSM-IV) الإزمان (استمرار الأعراض على الأقل لمدة ستة أشهر) وبداية مبكرة (في السابعة من العمر أو قبل ذلك). وترجع بداية فرط النشاط غالباً إلى السنوات المبكرة قبل المدرسة، إلا أن تشخيصه يتأخر حتى السنوات الأولى من الدراسة، وهي الفترة التي يصبح فيها ضعف انتباه الطفل ومشكلات التعلم والفوضى مصدراً للمتاعب.

شروط الاستبعاد (Exclusion criteria):

تحتل اضطرابات طيف التوحد أسبقية في التصنيفين العالميين على اضطرابات فرط النشاط. فرغم أن أطفال اضطرابات طيف التوحد قد يعانون من الهياج وضعف الانتباه إلا أنه لا يتم تشخيصهم مرة أخرى كمرضى فرط الحركة ولا نقص الانتباه/ فرط النشاط. وعندما يكون السبب وراء الهياج وضعف التركيز اضطراب المزاج، أو اضطراب القلق، أو الفصام لا تُشخص الحالة كاضطراب فرط النشاط.

تقييم الأعراض (Assessment of symptoms):

1 ـ **الانتباه:** يتم تقييمه من خلال مثابرة الطفل عند قيامه بمجموعة من الأنشطة تشمل اللعب بمفرده، أو القراءة والرسم، أو اللعب مع صديق، فمن خلال البحث والدارسة يتضح أن كثيراً من الأطفال الذين يوصفون كمثابرين عندما يلعبون بمفردهم أو مع آخرين تكون فترة انتباههم قصيرة ويغيرون أنشطتهم كثيراً. وحيث إن جميع الأطفال باستثناء الذين يعانون من درجات عالية من فرط النشاط لديهم القدرة على مشاهدة التلفاز أو اللعب بألعاب الكمبيوتر لفترات طويلة لا تُعتَبر هذه الأنشطة مقاييس مميزة للانتباه.

2 ـ **تقييم الأنشطة الحركية:** من حيث المدة التي يستطيع الطفل أن يقضيها في أحد الأنشطة المذكورة، وما نسبة التململ من الوقت، وعدد المرات التي يجري فيها بعيداً أثناء خروج الأسرة أو في مركز التسوق.

الملامح الشائعة المصاحبة (Common associated features):

1 ـ **تعتبر السلوكيات المنحرفة والعدوانية والمعادية للمجتمع** بدرجة عالية أساسية لتشخيص اضطراب السلوك. فالأطباء النفسيون الذين يشخصون باستخدام معايير (DSM-IV) سيقدمون تشخيصاً مزدوجاً باضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) واضطراب التصرف (أو اضطراب المعارضة والتحدي)، أما الذين يُشخصون حسب (ICD-10) فسيقدمون تشخيصاً مركباً من اضطراب فرط الحركة واضطراب التصرف.

2 ـ **لديهم مشكلات في العلاقات الاجتماعية**، وعادة ما يكبح الراشدون الأطفال مفرطي الحركة اجتماعياً لاتسامهم باللطف الزائد أو الوقاحة. وكثيراً ما تنبذ جماعة الرفاق الطفل الذي يعاني من فرط النشاط كرد فعل للسلوك المزعج الذي يقوم به مثل الاندفاع دون اهتمام بالقواعد أو الدور، فالطفل مفرط النشاط يجرؤ دائماً على القيام بكل الأعمال المزعجة.

3 ـ **يكون معامل الذكاء أقل من 100** عند العديد منهم ولكن لا يمكن تعميم ذلك عند كل الأطفال.

4 ـ **يعانون من صعوبات تعلم نوعية** (مثلاً في القراءة والهجاء) مع وضع معامل الذكاء بعين الاعتبار.

5 ـ **يتميزون بالفوضى** وتأخر نضج النمو العصبي.

6 ـ **لديهم تاريخ بتأخر النمو** في مجال محدد مثلاً في اكتساب اللغة.

التشخيص التفريقي (Differential diagnosis):

1 ـ **الطبيعية**: قد يشكو الوالدان من درجة بسيطة من عدم الاستكانة وضعف

الانتباه، والتي هي أمور عادية ضمن المعدل الطبيعي، فبعض الحماسة قد تكون مرهقة للوالدين والمدرسين وهي تتطلب شيء من التعاطف ولا تُشخَص كاضطراب!.

2 ـ **فرط نشاط موقفي**: يبدو بعض الأطفال مفرطي النشاط وضعيفي الانتباه فقط في مجال واحد، مثلاً في المدرسة ولكن ليس في المنزل أو العكس، مثل هؤلاء لا يمكن تشخيصهم كمصابين باضطراب فرط النشاط حسب التصنيفين العالميين [(DSM-IV) (ICD-10)]، فتكرار السلوك في أكثر من مجال مطلوب. ما زال السبب وراء فرط النشاط الموقفي غير واضح،ولكن ترى إحدى التفسيرات أنه صورة بسيطة من فرط النشاط ،فقد يرجع فرط النشاط في المدرسة إلى بعض صعوبات التعلم البسيطة غير الملحوظة، بينما يمكن النظر لفرط النشاط الذي يظهر فقط في المنزل بأنه عرض لصعوبات أسرية في العلاقات أو السلوك.

3 ـ **الاضطرابات السلوكية**: تختلط عادة مع فرط النشاط الحقيقي، ولكن اضطراب التصرف المحض أو اضطراب المعارضة يمكن أن يكون في بعض الأوقات محاكياً للأضطرابات السلوكية. وتظهر الاندفاعية فى كل من الاضطرابين (انظرالشكل 6-3)، وبالإضافة إلى ذلك نجد أن الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية في المدرسة قد لا يرغبون في الالتزام بالأعمال المدرسية، وقد يتجولون في الفصل مسببين الإزعاج، كما قد لا يلتزم الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية في المنزل بالمهام الموكلة إليهم. ويبقى السؤال الأساسي هو التململ، وضعف الانتباه لدى هؤلاء الأطفال أثناء أنشطة مختارة مثل الرسم، أو قراءة الفكاهات،أو بناء النماذج أو اللعب مع الأصدقاء وإذا كان الجواب (النفي) فالحالة غالباً ليست فرط النشاط، وإذا كان الجواب (الإيجاب) فالحالة قد تكون خليطاً من اضطراب سلوكي وفرط النشاط (اعتماداً على درجة استمراره، والعمر عند بداية ظهوره وغيره).

4 ـ **الاضطرابات الانفعالية**: قد يؤدي كل من القلق الحاد أو الاكتئاب أو الهوس إلى التململ وضعف الانتباه (وفي مثل هذه الحالات يستبعد تشخيص فرط

النشـاط). وفي حـال ظهـور خليط من فـرط النشـاط مع أعراض انفعـالية على الطفل فمن الضـروري الاهتمـام بتاريخ الحالة لتحديد من سبق بالظهور، فإذا ظهـرت الأعـراض الانفـعـاليـة أولاً يجب تشـخـيص الطفل على أنه يعـاني من اضطراب انفعالي فقط، بينما إذا سبقت أعراض فرط النشاط في الظهور يكون تشخيص الاضطراب الانفعالي على أنه اضطراب سلوكي محدودي على قمة مشكلة فرط نشاط مزمنة.

5 ـ **العرات والرَقَص وغيرها من الأشكال خلل الحركة**: وهي أفعال قد تختلط مع التململ. يجب مراقبة الحركة مراقبة جيدة، فالأطفال المصابون باضطراب العرات قد يكونون مفرطي النشاط، بل قد يظهر عليهم فرط النشاط قبل العرة الأولى بكثير.

6 ـ **اضطرابات طيف التوحد**: يعتقد بوجودها في حال صاحب ضعف الانتباه والهياج أنماطاً التوحدية من الخلل الاجتماعي أو انحراف في التواصل، أو سلوكيات ثابتة ومكررة، أو نقص في اللعب التمثيلي العفوي.

7 ـ **صعوبات تعلم معممة**: قد يكون ضبط النشـاط والانتباه للطفل ضـعيـفاً بالنسبة للعمر الزمني، ولكنه مناسب للعمر العقلي، ومع وضع العمر العقلي في عين الاعتـبـار عند التـقـيـيم يبـقى كـثـيـرون من الأطفـال الذين يعـانون من صعوبات تعلم معممة مفرطي النشاط، ويزيد فرط النشاط لدى أطفال صعوبات التعلم المعممة من 10-30 مرة.

الأسبـاب (Causation):

يمكن أحيـاناً لأدوية مثل البنزوديازيبين (Benzodiazpines) والباربيتورات (Barbiturates) أن ترسب فـرط النشـاط الحاد، وحـيث إن المنبـهـات وغـيـرها من الأدوية مفيدة في علاج فرط النشاط، يمكن القول بأن فرط النشاط يعكس عدم توازن كيمـيـائي عصـبي. ويشك في البداية بنظام الجملة الدوبامـينية (Dopaminergic) والنورأدريني (Noradrenergic)، ولكن يجب الانتـبـاه بأن فـرط النشـاط يتـأثر بمجـمـوعـة واسـعـة مـن الأدويـة المؤثرة على الكثـيـر من الناقـلات والمستـقـبـلات العصبية المختلفة.

تشير دراسات الأسر على التوائم وأطفال التبني بأن العوامل الجينية تلعب دوراً رئيسياً، حيث يتنوع خطر الإصابة بفرط النشاط بتعدد الأشكال لبعض الجينات المكتنفة في نظام النقل الدوبامييني والنورأدريني مثل الجين الناقل الدوبامييني (DAT1) والجين المستقبل الدوبامييني (D4). وهذه الجينات التي تم تحديدها مسؤولة فقط عن نسبة محدودة من وراثة فرط النشاط مع توقع زيادة قائمة الجينات التي يعتقد أنها مؤثرة في المستقبل.

رغم أن الأطفال المصابين بالصرع أو غيره من الاضطرابات الدماغية عرضة للإصابة بفرط النشاط (وغيره من المشكلات النفسية)، فمعظم الأطفال مفرطي النشاط لا يوجد لديهم أعراض أو إشارات عصبية، ففرط النشاط ليس مرادفاً للضرر الدماغي العلني، والتعبيرات، مثل ضرر دماغي بسيط غير مفيدة،وللاستفادة من التفسيرات البيولوجية العصبية يجب أن تكون قابلة للتحقق ما أمكن. هناك دعم متزايد من دراسات الصور العصبية والنفسية العصبية بأن فرط النشاط هو نتيجة للخل الوظيفي التنفيذي المكتنف بعدم السواء لقشرة مقدم الجبهي والعقد القاعدية.

رغم شيوع الفكرة النمطية المعاكسة إلا أن تعقيدات الولادة والعيش في مستويات منخفضة ليست أسباباً شائعة لفرط النشاط، ولكن هناك الكثير من الأدلة التي تؤيد الفكرة الشائعة بأن فرط النشاط يمكن أن تحدث كرد فعل لبعض أنواع الطعام أو الشراب.

تؤثر العوامل النفسية الاجتماعية وكذلك الحيوية على فرط النشاط كما هو واضح من خلال ارتباطه بالتربية المؤسسية والحرمان.

يمكن أن يتأثر المآل المرضي بردود فعل الوالدين والمدرسين والرفاق على فرط نشاط الطفل، فهناك أدلة بأن الوالدين والمدرسين الذين يستجيبون لفرط النشاط بالنقد والبرود ونقص التفاعل يزيدون بذلك من احتمالية تحول الطفل إلى منحرف وعدواني ومضاد للمجتمع.

المعالجة (Treatment):

التعليم:

يجب شرح طبيعة هذا الاضطراب للطفل والأسرة والمدرسة، ففرط النشاط ليس خطأ الوالدين ولا خطأ الطفل. وغالباً ما يحصل الأطفال مفرطو النشاط على كثير من النقد، وقليل من التعزيز فهم مثيرون للغضب. وقد يتحسن الوضع بتحقيق شيء من التوازن بين الأمرين عندما يدرك الراشدون أن مشكلة الطفل ليست بسبب المشاغبة. يجب توضيح القواعد حول السلوك المرفوض، وفرضها بهدوء وثبات على أن يتبعها عقوبات فورية غير عنيفة. ويجب أن يكون أحد أهداف المعالجة الحرص على خفض فرص اكتساب الطفل لمزيد من الاضطرابات السلوكية. قد تحتاج بعض المشكلات التعليمية إلى مساعدة علاجية، ويجب على أي معلم أو مدرس أن يضع في اعتباره فترة انتباه الطفل المحدودة.

العلاج النفسي:

عادة ما يكون تعديل السلوك مفيداً، وقد تكون المعالجة الوحيدة المطلوبة في الحالات البسيطة، وتعتبر مشكلات المعارضة أو التصرف أهدافاً مناسبة للاتجاه السلوكي. بينما تزيد برامج تدريب الوالدين من مهاراتهم في ضبط سلوك الطفل، وتقلل بالتالي من الضغوط الأسرية، ومن سلوكيات الطفل السلبية والمرفوضة، ويمكنها أن تؤثر على مآل المرض بتقليل احتمالية إدمان الطفل أو تطويره لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. ولا توجد معلومات كافية عن فاعلية المنهج المعرفي السلوكي في التعامل مع الأعراض الأساسية لاضطراب عجز الانتباه/ فرط النشاط. يمكن مكافأة الأطفال عندما تزداد فترات تركيزهم، كما يمكن تعليمهم استراتيجيات معرفية لزيادة تفاعلهم، ويبقى من غير الواضح مدى الفائدة الحقيقية التي تحققها هذه الأساليب في الحياة.

الأدوية:

تم اختيارالأدوية المنبهة وتم دراستها جيداً في مجال فرط النشاط وإن كانت لا تستخدم بدرجة كافية في بريطانيا بينما يزداد استخدامها في أمريكا، والمنبه الأكثر استخداماً هو ميثيل فِنيدات (Methylphenidate)، ولكن ديكسامفتيمين (Dexamphetamine) له تأثير مشابه، وأما البيمولين (Pemoline)، فأصبح استخدامه الآن نادراً بسبب الاهتمام بسلامة الكبد، وعادة ما تكون الاستجابة لهذه المنبهات جيدة في حالات فرط النشاط الحادة والمستمرة، وفي غياب الأعراض الانفعالية. ويتحفظ العديد من الآباء من استخدام الأودية ولكن في مقابل ما تحققه من تحسن ملحوظ يكون من المفيد تشجيعهم على قبول تجربة قصيرة للدواء إذا كان هناك فرصة لتحسن الطفل، وبعد مشاهدة الآثار الجانبية والسلبية يمكن أن تشارك الأسرة المختصين في اتخاذ القرار حول الاستمرار في استخدام الدواء أو إيقافه بعد انتهاء فترة التجربة. وعندما ينجح الدواء في تحسين الانتباه ومستوى النشاط يكون هناك تحسن موازي في الالتزام، والعلاقة مع الرفاق، والعلاقة مع الأسرة، والقدرة على التعلم.

لا تسبب الأدوية المستخدمة إدمان الطفل ولا تخدرهم ولا تشعرهم بالسعادة، ونادراً ما تسبب الآثار الجانبية مشكلات حادة، فالآثار مثل الصداع، وآلام المعدة، والإسهال تزول تلقائياً أو تتوقف مع تخفيض الجرعة، كما يمكن التغلب على مشكلات ضعف الشهية، أو صعوبة الذهاب إلى النوم من خلال تعديل الجرعة وتحديد المواعيد. وقد تظهر مع الجرعات الزائدة بعض سلوكيات نمطية سرعان ما تزول مع تخفيض الجرعة، وقد تزيد المنبهات من العرات ولذا لا تعتبر الخيار الأول مع الأطفال الذين يعانون من العرات، أو لديهم تاريخ أسري لمثل هذه الحالة. يمكن تعاطي المنبهات لأشهر أو لسنوات فاستخدامها آمن على المدى الطويل، والضرر الوحيد لاستخدامها الطويل هو انخفاض بسيط في طول القامة بالنسبة للراشدين. وتشمل الأدوية الأخرى التي تُستخدم لفرط النشاط الكلُونيدين (Clonidine) والتراي سيكلك والبيوبروبيون (Buproprion) ومضادات الاكئتاب التقليدية ثلاثية الحلقات (Tricyclics) مثل إيميبرامين (Imipramine).

يجب أن تكون الأدوية دائماً جزء من الحزمة العلاجية،والاستجابة الجيدة للأدوية يجب أن تكون بداية العلاج لا نهايته بزيادة فرص التعامل الناجح مع الأسرة والمدرسة لإعادة الطفل إلى مسار النمو الطبيعي ما أمكن.

وبالرغم من أن الأدوية أثبتت فاعليتها في التعامل مع الأعراض، إلا أنه يبقى من غير الواضح كيفية تأثيرها على المآل المرضي، حتى وإن لم يكن هناك فوائد على المدى البعيد فهذا لا يجب أن يكون سبباً يمنع استخدامها فمن حق الأطفال التخلص من الأعراض فكثير من الراشدين يستخدمون الأدوية للتخلص من أعراض ستنتهي بلا شك بأي حال مثل الألم أو الأنفلونزا.

التغذيــة:

يفضل الوالدان المعالجة الغذائية ويجب تجربتها عادة قبل أن ترغب الأسرة في استخدام أي معالجة أخرى. هناك دلائل على تحسن بعض الأطفال بعد استبعاد بعض الأغذية من نظامهم الغذائي رغم عدم وضوح نسبة هؤلاء الأطفال،كما لا يمكن من خلال تحاليل الدم أو الجلد تحديد الأطفال الذين سيستجيبون لتغيير الأغذية ولا حتى الأغذية المسؤولة. ونادراً ما تكون النكهات (الإضافات) هي المذنب الوحيد، فواحد أو أكثر من الأطعمة الطبيعية مثل الحليب أو منتجات القمح أو البرتقال قد تكون مشمولة. والتجربة الجيدة للمعالجة الغذائية مهمة شاقة لكل المشتركين فيها.

المآل المرضي (Prognosis):

يتناقص فرط النشاط عادة في المراهقة، رغم استمرار معاناة الكثيرين من مشكلات في ضعف الانتباه، والاندفاعية، وإحساس داخلي بعدم الاستقرار حتى كراشدين. المكاسب التعليمة ضعيفة في العادة والتي قد تكون السبب وراء سوء الأوضاع المهنية لهم كراشدين. يتعرض الأطفال المصابون بفرط النشاط واضطراب التصرف لخطر الإصابة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والإدمان في الرشد، أما الأطفال الذين يعانون فقط من فرط النشاط فهم أقل عرضة للإصابة بهذه المخرجات غير الاجتماعية رغم بقائهم عرضة للخطر.

الفصل السادس

اضطراب السلوك

Conduct Disorder

اضطراب السلوك (Cd) هو مصطلح يعبر عن متلازمة من الأعراض تصف *الفشل المتكرر في التحكم بالسلوك حسب القوانين المعروفة اجتماعياً*. وحسبما ترى معظم الدراسات الوبائية يعتبر اضطراب السلوك من أكثر مشكلات الأطفال النفسية شيوعاً، وهي مشكلة ملحة غالباً، وتكلف المجتمع الكثير، وثبت أنها غير معالجة على نطاق واسع. تتضمن مشكلات السلوك ثلاثة مجالات متداخلة من السلوك: (التحدي) (Defiance) والعصيان لإرادة شخص في موقع سلطة، والعدوانية (Aggressiveness)، والسلوك المضاد للمجتمع (Antisocial behaviour) الذي ينتهك الأشخاص أو الحقوق أو الملكيات.

لا شيء مما سبق غير طبيعي في حد ذاته أو مرضي، فقد يعمل البعض على تشجيع بعض من هذه السلوكيات لدى الأطفال ذوي الاعتمادية الزائدة، وإن عدم الطاعة والسلوك التدميري هما جزء من النمو الطبيعي الذي يتناقص عادة مع النضج، ولذا لا يمكن أن نشخص الحالة المرضية إلا عندما تكون هذه السلوكيات متطرفة وملحة في آنٍ واحد.

المسميات النفسية والضبط الاجتماعي

(Psychiatric labelling and social control):

لكن هل يجب أن يصنف الأطفال كمضطربين نفسياً لأن سلوكهم غير مقبول لدى المسؤولين؟

إن الأنظمة الديكتاتورية استخدمت منطق مشابه لتبرير طلب الوصاية على

المصحات النفسية. وهذا السبب مسؤول جزئياً عن عدم قيام الكثير من المختصين النفسيين بتشخيص اضطراب التصرف، إلا مع وجود معايير أخرى وتحديد الخلل الذي قد تحدثه مشكلات التصرف في الأداء المعتاد للحياة اليومية، (مثلاً في العلاقات الشخصية أو العمل المدرسي)، و يشمل الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM-IV) معيار الخلل بينما لا يوجد هذا المعيار في التصنيف الدولي للأمراض -10 (ICD-10).

بُعد أم فئة؟ (Dimension or category?)

من المناسب من الناحية الجدلية اعتبار مشكلات السلوك مشكلات بعد (مثل ضغط الدم) أكثر من اعتبارها مشكلات فئة توجد أو لا توجد (ضغط طبيعي مقابل فرط ضغط). توضع الحدود الفاصلة في الطب على متصل لمتغير ما بغرض التمييز بين الطبيعي وغير الطبيعي، وغالباً ما يكون التفكير في علم النفس بمصطلحات بُعدية، فيقسم متصل المتغير، ويسعى للتحقق من مدى زيادة النتائج غير التوافقية التي تسببها الدرجات التي تتجاوز المعدل الطبيعي، وفي حالة اضطراب السلوك هناك الكثير؛ مما يشجع بالفعل على استخدام طريقة الأبعاد للحكم عليه، حيث تزداد صعوبة التشخيص مع زيادة حدة وتنوع مشكلات السلوك، فليس هناك انتقال مفاجئ من المآل الجيد للأطفال تحت عتبة اضطراب السلوك إلى المآل السيء للأطفال فوق العتبة (رغم أن الأطفال الذين تنحصر مشكلات تصرفهم في مساحة واحدة مثل العدوان يعتبرهم التشخيص حالات جيدة). بالإضافة إلى ذلك، فإن تصنيف اضطرابات السلوك كفئة توجد أو لا توجد يزيد من خطر تقسيم الأطفال إلى مصابين وغير مصابين؛ مما قد يخلق موقفاً (لنا ولهم) مما يزيد من تهميش العائلات التي تعاني من المشكلات. بالرغم من ذلك فإن اتجاه التقسيم إلى فئات ليس أبسط فحسب، ولكنه يسمح كذلك بالتركيز على الحالات الشديدة، والذين هم الأكثر تردداً على العيادات وعليهم اعتمدت معظم دراسات الأسباب وطرق المعالجة. ومن مميزات إعطاء تشخيص أنه يوجه الانتباه للبحث عن الملامح المصاحبة بعيداً عن صميم الظاهرة (أساليب تنشئة والدية سيئة، وفرط النشاط، وتأخر القراءة، وضعف المهارات والعلاقات الاجتماعية)، كما يقدم معلومات عن المآل المرضي، ويقدم معلومات عن المعالجات الفعالة. أما عيوب التشخيص فهذا

يرجع إلى أنه قد يؤدي للاعتقاد بثبات الطفل ومحدوديته من الناحية البيولوجية؛ مما يقلل من الاهتمام بالحالة الانفعالية للطفل كما قد يؤدي للتراخي في محاولات التغيير. بينما من مميزات النظر لمشكلات التصرف كمشكلات بُعد أي اعتباره مجرد مبالغة في أحد السلوكيات الطبيعية، زيادة الاهتمام بدراسة وفحص الظروف البيئية التي تسمح أو تسبب هذه السلوكيات والعمل بالتالي على تصحيحها ما أمكن، ولكن من عيوب التصنيف كبُعد عدم التوصل للصعوبات المصاحبة. ويمكن القول باختصار إن كل من الطريقتين لهما حسناتهما، والممارس البارع سيحاول اتباع الطريقة التي يمكن تحملها أكثر.

هل اضطراب السلوك مشكلة نفسية؟
(Is conduct disorder a psychiatric problem?)

ومن الموضوعات الجدلية حاجة مشكلات السلوك للتعامل مع مختص نفسي من أجل تقييمها أو علاجها. وما نعتبره مشكلة بالتأكيد هو السلوك الذي يتجاوز المدى الطبيعي، ويسبب الخلل أو الإزعاج للآخرين، فغالباً ما يعتبر تدخين المراهق لأربعين سيجارة في اليوم أو قيادة دراجة نارية بسرعة 100 ميل/ الساعة مشكلة اجتماعية أو أخلاقية أكثر منها مشكلة صحية.

ربما تعتبر هذه الحالات من اضطرابات السلوك المحددة اجتماعياً بوضوح، والمعروف ما تحتاجه من طرق تعامل من تأديب أو ضبط للسلوك ضمن مجال عمل الخدمات الاجتماعية والتربوية أو المؤسسات التطوعية، ولزيادة فعالية هذه المؤسسات يجب أن تطبق مجموعة واسعة من مهارات التقييم والإدارة والتي طورت أساساً ضمن أنظمة الصحة النفسية. وعليهم أن يكونوا قادرين على ملاحظة الأقلية من الأطفال ذوي اضطرابات السلوك ممن لديهم أيضاً مشكلات أخرى مثل فرط النشاط أو الاكتئاب، والتي قد تستفيد من الإحالة إلى أخصائي الصحة النفسية، كما يجب أن يكونوا قادرين على التعرف على صعوبات التعلم التي قد تستفيد من الإحالة إلى أخصائي الخدمات التربوية، آخذين في الاعتبار الانتشار العالي لمشكلات التصرف والقلة النسبية لعدد اختصاصي الصحة النفسية للأطفال نجد أن تطبيق الخدمات بفعالية يتطلب بعض من الخبرات السريعة والمسؤولية كما

هو مشروح في الفصل (39) في تنظيم الخدمات. ويكلف الأطفال ذوو اضطرابات السلوك المجتمع مبالغ كبيرة على المدى البعيد على الأقل عشرة أضعاف بالمقارنة مع من لا يعانون من هذه المشكلة، كما أنها مسؤولية تقع على عاتق عدة مؤسسات؛ لذلك هناك مبررات اقتصادية لاشتراك عدة دوائر حكومية في الوقاية والعلاج.

الأعراض والعلامات (Symptoms and signs):

تتغير مظاهر الاضطراب مع العمر، فيميل الأطفال الأصغر سناً أكثر لإظهار مؤشرات اضطراب المعارضة والتحدي (Oppositional-Defiant Disorder) والذي يُختَصر إلى (ODD)، والذي هو نوع فرعي من اضطراب السلوك حسب التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)، ولكنه حالة منفصلة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV). يجب أن تحدث الخصائص السلوكية في (ODD) بتكرار أعلى منها لدى باقي الأطفال في نفس العمر العقلي كما يظهر في الشكل (6-1)، وغالباً ما تنطبق معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) لاضطراب السلوك على الأطفال الأكبر سناً كما يظهر في الشكل (6-2)، وهي قريبة مما يظهر في اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لدى البالغين، ونسبة الإناث التي ينطبق عليها هذا التعريف أقل منها في التعريف السابق بسبب إلغاء معايير التجارب الجنسية المبكرة، والتعاطي المبكر للمكيفات (الإدمان) والانتهاك المزمن للقوانين.

يجب ظهور على الأقل أربعة من الأمور التالية لمدة ستة أشهر:

1 ـ غالباً ما يفقد أعصابه	**5 ـ غالباً ما يلوم الآخرين**
2 ـ غالباً ما يجادل مع البالغين	**6 ـ غالباً ما يسهل إثارته وبسهولة**
3 ـ غالباً ما يتمرد على البالغين وأنظمتهم	**7 ـ غالباً ما يكون غاضباً ومستاءً**
4 ـ غالباً ما يتعمد إزعاج الآخرين	**8 ـ غالباً ما يكون حاقداً وانتقامي**

الشكل رقم (6 -1): معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) لاضطراب التحدي والمعارضة

اضطراب يستمر لمدة 12 شهراً ويكتنف على الأقل ثلاثة مما يلي:	
1 ـ شقي غالباً يهدد، أو يخيف الآخرين	9 ـ يتلف ممتلكات الآخرين
2 ـ غالباً ما يبدأ الشجار	10 ـ يقتحم سيارة أو منزل
3 ـ يستخدم أسلحة خطرة في الشجار	11 ـ يخدع الآخرين
4 ـ عنيف جسدياً مع الناس	12 ـ يسرق بدون استخدام القوة
5 ـ عنيف جسدياً مع الحيوانات	13 ـ يخرج ليلاً بدون استئذان غالباً
6 ـ يسرق بالإكراه	14 ـ يهرب من البيت ليلاً على الأقل مرتان
7 ـ يجبر آخر على أفعال جنسية	15 ـ غالباً ما يبدأ التغيب قبل الثالثة عشر من العمر
8 ـ يشعل النار لإحداث ضرر	

الشكل رقم (6 -2): المعايير التشخيصية لاضطراب السلوك حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV)

الملامح المصاحبة (Associated features):

الأعراض النفسية (Psychiatric symptoms):

* ***فرط النشاط:*** توجد غالباً مظاهر الهياج وضعف الانتباه والاندفاعية وزيادة النشاط بصورة عامة رغم أن هذه الملامح، لم تحصل على الاهتمام الكافي في بريطانيا، ويزيد الأمور سوءاً وجود هذه المظاهر معاً.

* ***سوء المزاج:*** تظهر الأعراض الانفعالية لدى تلك الحالات، وغالباً ما تكون في صورة الشعور بالبؤس والتعاسة، ومع ظهور هذه المشاعر يزيد خطر الاكتئاب وتعمد إيذاء الذات في المراهقة والرشد.

الفشل الدراسي (Educational failure):

نجد أن التحصيل الدراسي للعديد من المصابين منخفضاً فيما يختص بالصف الدراسي، ومستوى الأداء بالنسبة للمستوى الدراسي (الصف) والدرجات،

ويعانون غالباً من خلل تعليمي نوعي، وقد ظهر من خلال الفحص أن ثلث الأطفال ذوي اضطراب السلوك لديهم صعوبات قراءة نوعية، وبشكل عام بمعدل انحرافين معياريين تحت المستوى المتوقع بالنسبة لعمرهم وذكائهم (انظر الفصل27) بالمقابل فإن ثلث الأطفال المصابين بصعوبات التعلم يعانون أيضاً من اضطراب السلوك. قد يرجع الارتباط بين اضطراب السلوك وصعوبات التعلم إلى أي من الاحتمالات الثلاثة التالية:

أولاً: قد يتدخل السلوك المعرقل (المزعج) في التحصيل الدراسي داخل الفصل.

ثانياً: قد يصبح الأطفال غير القادرين على الفهم والمشاركة في الصف محبطين، ولذا يتحولون إلى مزعجين.

ثالثاً: قد يكون السبب في الإزعاج وصعوبات التعلم عامل ثالث مثل فرط النشاط أو أساليب والدية غير داعمة وسلبية.

وبعيداً عن ضعف التحصيل يرتبط مستوى الذكاء المنخفض باضطراب السلوك.

ضعف العلاقات الشخصية (Poor interpersonal relations):

يصبح الأطفال المزعجون غير محبوبين من رفاقهم وكثيراً ما يفتقدون الأصدقاء الدائمين، ويظهرون بشكل عام مهارات اجتماعية ضعيفة مع رفاقهم ومع الراشدين، فمثلاً لديهم صعوبة في الاستمرار في اللعب أو البدء في تفاعل اجتماعي إيجابي، وتنذر العلاقات السيئة مع الرفاق بنتائج غير مستحبة. يقسم التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) اضطراب السلوك إلى نمط اجتماعي، ونمط غير اجتماعي بناءً على طبيعة علاقة الطفل بجماعة الرفاق، ولكن مثل هذه الفئات غير موجودة في دليل التصنيف الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM-IV). يعاني معظم الأطفال ذوي اضطراب السلوك من ضعف العلاقة مع جماعة الرفاق. رغم ذلك هناك أدلة محدودة من الدراسات التحليلية العنقودية على مجموعة صغيرة نسبياً من الأطفال مضطربي السلوك ممن لديهم صداقات دائمة تظهر سلوكيات

إيثارية، وشعور بالذنب والندم وعدم لوم الآخرين، والاهتمام بالآخرين. وهؤلاء الاجتماعيين من المصابين باضطراب السلوك يكونون أكبر سناً، وينخرطون في أفعال أقل عدوانية غير اجتماعية مثل السرقة، والتغيب، وشرب الكحول، ويمكن اعتبارهم مجرمين محترفين، فمن ينظر إليهم إذا لم ينظر إليهم مجتمعهم الضيق على أنهم منحرفون.

التشخيص التفريقي (Differential diagnosis):

ليس هناك شك حول التشخيص إذا كانت المعلومات التفصيلية قد جمعت من أكثر من مصدر، ويعتبر تعدد المصادر أمراً هاماً، حيث إن اضطراب السلوك قد يظهر في موضع واحد مثلاً في البيت فقط أو في المدرسة فقط. وأظهرت دراسات الانتشار ضعف الارتباط بين تقدير المدرسين والوالدين لمشكلات التصرف.

1 ـ ***اضطراب التلاؤم (التوافق) (Adjustment disorder):*** يُشخَص هذا بسهولة عندما تبدأ السلوكيات بالظهور مباشرة بعد التعرض لكرب نفسي اجتماعي واضح مثل طلاق، أو فاجعة، أو تبني، أو صدمة، أو إساءة [خلال شهر واحد حسب التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) وخلال ثلاثة أشهر حسب دليل التصنيف الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM-IV)]، وعندما تستمر الأعراض لأكثر من ستة أشهر بعد انتهاء الضغط النفسي أو نتائجه.

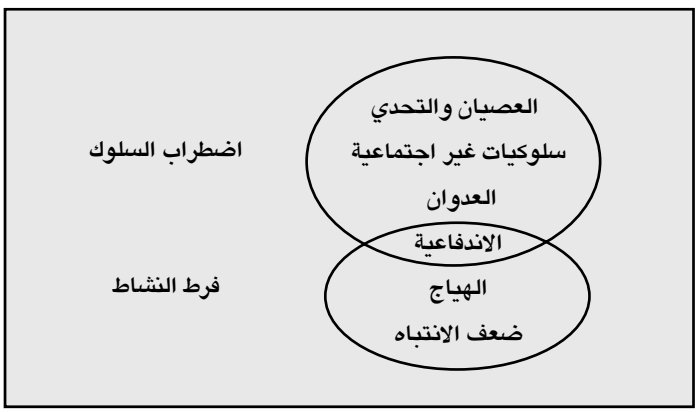
2 ـ ***فرط النشاط (Hyperactivity):*** قد يُخلط بين اضطراب السلوك وفرط النشاط والعكس صحيح، ويُحدِث هذا نوعاً ما بسبب تداخل الأعراض، كما في الشكل (3-6)، فالعصيان، والسلوك العدواني، والسلوك غير الاجتماعي المتعمد ليس جزءاً من النشاط الزائد الخالص. ونرى في المترددين على العيادات ترافق بين اضطراب السلوك وفرط النشاط الزائد مع خطر عدم الانتباه لفرط النشاط.

3 ـ ***الطفل الطبيعي (Normal child):*** يكون سلوك الطفل ضمن المعدل الطبيعي، ولكن توقعات الوالدين والمدرسين عالية.

4 ـ ***انحراف الثقافة الفرعية (Subcultral deviance):*** بعض الصغار غير

اجتماعيين، ولكن ليسوا عدوانيين أو متحديين، وهم متوافقون مع ثقافة الرفاق المنحرفة التي تؤيد استخدام المخدرات، والسرقة من المتاجر وغيره. وقد ينطبق عليهم تشخيص (ICD-10) لمضطربي السلوك الاجتماعيين، ومن الجدل اعتبار كون الثقافة الفرعية مرض.

5 ـ اضطرابات التوحد (Autistic disorders): وهذه كثيراً ما ترافقها نوبات غضب أو تدمير وأحياناً تكون مشكلات السلوك هذه هي السبب الرئيسي للإحالة للمختص النفسي.



الشكل رقم (6-3): التداخل بين أعراض فرط النشاط واضطراب السلوك

الوبائيات (Epidemiology):

تم تشخيص اضطراب السلوك في 4٪ من أطفال جزيرة ريت وقدمت دراسات لاحقة معدلات أعلى. وترتفع نسبة الانتشار في مناطق المدن الداخلية الفقيرة. حيث يكون اضطراب السلوك أكثر شيوعاً لدى الذكور بنسبة ثلاثة أضعاف عنه لدى الإناث. ويرتبط اضطراب السلوك مع انخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي (هذا يعطي متغيرات متعددة)، ويصاحب زيادة حجم الأسرة، وهناك تنوع كبير في العمر الذي يبدأ فيه اضطراب السلوك. ووجدت دراسة لدينين (Dunedin) فرق واضح بين أعراض البداية المبكرة وأعراض البداية المتأخرة لاضطراب السلوك. وجدت البداية المبكرة (من عمر ثلاث إلى سبع سنوات) لدى

7٪ من مجتمع الدراسة وأدت إلى نمط ملح من السلوك المضاد للمجتمع والمزعج والذي يستمر في مرحلة الرشد، ولذلك لم يتناقص السلوك عندما تم تقييم المشتركين لآخر مرة في الثلاثينات من عمرهم. وتتميز البداية المبكرة، واستمرار المشكلة مدى الحياة بزيادة مستويات عوامل الاختطار في الطفولة التي توصف بأنها عوامل يسببها الوالدان (مثل الوالد المراهق، وأساليب الضبط والتأديب القاسية غير المقننة، والنزاعات الأسرية، ومشكلات الأم النفسية، وتكرر تغير مقدم الرعاية الأولية) وعوامل الخطورة العصبية المعرفية (مثل فرط النشاط، وانخفاض معدل الذكاء، وضعف الذاكرة، وضعف المهارات الحركية، وانخفاض معدل أداء القلب). أما البداية المتأخرة (حول 13 أو 15سنة من العمر) فقد وجدت بين 7٪ من التعداد، ورغم أن سلوكياتهم المعادية للمجتمع كانت تشبه إلى حد كبير أفعال مجموعة البداية المبكرة، إلا أن سلوكياتهم هذه انخفضت إلى النصف في نهاية العشرينيات دون أن تصل إلى المعدل الطبيعي، المجموعة التى ظهرت عليها الأعراض مؤخراً لم يكونوا أكثر تعرضاً للخطورة الوالدية أو للخطورة العصبية المعرفية.

الأسبـاب (Causes):

الجينات أم البيئة (Genes or environment)؟

يشكل اضطراب السلوك عموماً تجمعات في العائلات، ويتأثر بالظروف البيئية أكثر من تأثره بالعوامل الجينية عند مقارنته بغيره من الاضطرابات النفسية للأطفال. وأظهرت دراسات التوائم توافقاً عالياً بين التوائم المتماثلة وغير المتماثلة، أما دراسات أطفال التبني فقد أظهرت انخفاض تأثير الأب البيولوجي عن تأثير الأب المتبني، كما أظهرت كذلك التأثير القوي للتفاعل بين هذه العوامل حيث يؤدي الجمع بين صعوبة المزاج بسبب إجرام أو إدمان الوالد، بالإضافة لظروف بيئية سيئة بسبب إجرام أو إدمان الوالد بالتبني إلى ارتفاع معدل السلوكيات المضادة للمجتمع أكثر من المتوقع انظر الشكل (29-2)، يفسح هذا المجال للتفاؤل بالنسبة للعلاج، حيث إن حصول الطفل على فرص تنشئة إيجابية يتيح أمامه فرص النمو السليم بغض النظر

عن انحراف والده البيولوجي. ولكن يبدو أن العوامل الجينية تعلب دوراً أقوى في ظهور التصرفات المعادية للمجتمع والشخصيات الإجرامية في مرحلة الرشد. إن مساهمة الدراسات الوراثية لم تضف إلا القليل حتى الآن، بينما لم تدعم الدراسات المسحية ما تشير إليه تقارير دراسات الحالات الإكلينيكية من حيث أن الأفراد الذين لديهم الصبغيات (XYY) أكثر عرضة من غيرهم للسلوكيات العدوانية. وبدأت دراسات الوراثيات الجُزَيئِيَّة بالظهور، فمثلا أشارت دراسة ديندين (Dunedin) إلى تداخل جيني ـ بيئي مثير للاهتمام، حيث كان الأطفال الذين لديهم جين مؤكسد الأمين الأحادي (A) أكثر عرضة لاختطار تطور سلوكيات مضادة للمجتمع ولكن فقط في حال حصولهم على تربية غير مناسبة (أسوأ ثلث في العينة). وفي غير هذه الأحوال فهم ليسوا بحال معرضين لخطورة السلوك المضاد للمجتمع.

الآليات المعتمدة على الطفل (Child-based mechanisms):

الملامح البنائية (العضوية): وتتضمن عدم توازن المرسل العصبي، والزيادة الهرمونية (خصوصاً التستوستيرون)، والاختلافات الأيضية مثل انخفاض الكوليسترول. وهناك أيضاً أنماط استثارة غير العادية، وعدم القدرة على الهدوء بعد الاستشارة. والنتيجة الوحيدة الثابتة هي أن سرعة خفقان القلب عند الأطفال الذين تم تشخيصهم كحالات سوء سلوك تكون منخفضة عن المعدل ويكون هؤلاء الأطفال عموماً أقل استثارة. أما الأطفال الرضع ذوو المزاج العصبي يكونون أكثر عرضة للمشكلات العدوانية فيما بعد، كما أن الأطفال المصابين باضطراب النمو العصبي مثل الشلل الدماغي والصرع يكونون أكثر عرضة لمشكلات الهياج والعصيان، ولكنهم ليسوا أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات مضادة للمجتمع من الأطفال الآخرين.

العمليات النفسية: وقد ظهر تميز العزو المعرفي بدرجة واضحة لدى الأطفال العدوانيين حيث يميلون لاعتبار سلوكيات الآخرين الطبيعية على أنها معادية. ومع زيادة رفض جماعة الرفاق للطفل وانخفاض شعبيته؛ تزداد رؤيته للأمور بهذه

الطريقة ويفتقرون إلى المهارات الاجتماعية. الدراسات التى أُجريت على العمليات الانفعالية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك قليلة، ورغم ذلك فإن تقدير الذات غالباً ما يكون منخفضاً ويرافقه شعور بالتعاسة، أما دور التحصيل الدراسي فقد تم مناقشته في الجزء السابق.

البيئة المباشرة (Immediate environment):

1 ـ *اضطراب الوالدين النفسي:* لهذا الأمر تأثير هام، ولكنه يظهر من خلال النزاعات بين الزوجين، وأساليب التنشئة ولا يرتبط بشكل محدد بحالة نفسية معينة لدى الوالدين.

2 ـ *إجرام الوالدين:* وتنطبق عليه اعتبارات مشابهة للاعتبارات البيئية.

3 ـ *أساليب تنشئة الطفل:* يترافق اضطراب السلوك بقوة مع النزاع بين الوالدين، والعداء الموجه للطفل، ونقص الحنان، ونقص التفاعل مع الطفل. وبينما قد تكون هذه العوامل رد فعل تجاه سلوك الطفل إلا أن دارسات المتابعة والمعالجة تشير الى أن قد تكون السبب في بداية واستمرار اضطراب سلوك الطفل. كما يرتبط نقص الإشراف والضبط غير المنتظم باضطراب السلوك، وذلك قد يكون من خلال حرمان الطفل من فرصة التعلم وتجربة القواعد الاجتماعية المتوقعة منه، وكذلك يرتبط الضبط القاسي باضطراب السلوك.

4 ـ *أنماط تفاعل الأب والطفل:* أظهرت التحاليل التي أجراها باترسون (Patterson) 1994 أن سلوك الأطفال المعرقل يتصاعد إذا كان هذا السلوك يمكنهم من الحصول على المزيد من الاهتمام، أو كان يجنبهم المطالب غير المحببة، أو سمح لهم بفرصة أكبر لتصريف الأمور على هواهم. إن الاستجابة بطريقة تكافئ السلوك المعرقل والفشل في تشجيع السلوك المقبول اجتماعياً إنما هو تدريب من الوالدين لأطفالهم على التصرف بشكل غير اجتماعي، وظهرت فعالية التدخل في كسر هذه الدائرة.

5 ـ *الإساءة الجنسية:* قد تؤدي إلى ظهور مشكلات 1994 في الإناث أو الذكور الذين لم تكن لديهم مثل هذه المشكلات في السابق.

البيئة الأوسع (wider environment):

1 ـ *عوامل مدرسية:* تبين أنها تؤثر على معدلات اضطراب السلوك بشكل مستقل عن المنزل. لوحظ زيادة اضطرابات السلوك في المدارس التي تتصف بضعف التنظيم، والجو غير الودود مع تدني مستوى أخلاقيات العاملين فيها، وكثرة تغير العاملين مع ضعف الاتصال مع الوالدين.

2 ـ *التأثيرات الاجتماعية الواسعة:* مع أن مشكلات السلوك ترتبط بالازدحام، وصغر البيئة المنزلية، وانخفاض مستوى الحي السكني إلا أنه لم يتضح بعد ما إذا كانت هذه العوامل هي مسببة أو مجرد مؤشرات لعوامل أسرية أو اجتماعية اقتصادية. تزيد اضطرابات التصرف بين سكان المناطق التي تمنح قيمها الشهرة للشباب من خلال السرقة واقتناء السكاكين أو التغيب، وتسمح باكتساب الاحترام من خلال التصرف بعنف مع الآخرين.

التقييم (Assessment):

يجب توضيح حدة وتكرار التحدي، والعدوان والأفعال غير الاجتماعية في الشهر الأخير، حيث يميل بعض الوالدين إلى عرض نماذج لكل الأشياء السيئة التي حدثت خلال العام الماضي أو منذ ولادة الطفل، ويجب الاستفسار بالتفصيل عن الانتباه والنشاط بنفس الطريقة (انظر الفصل الخامس). وذلك حيث إن فرط النشاط يكون شائعاً ويغطي بسهولة على ما قد يصاحبه من مشكلات السلوك، فرغم أهمية الاستفسار عن درجة الاندفاعية لكن هذه الاندفاعية قد تكون جزءاً من فرط النشاط أو اضطراب السلوك. لا بد أن نتذكر السؤال عن الأعراض الانفعالية خصوصاً التعاسة وعدم السعادة، فجزء من المشكلة قد يكون نابعاً من أمور تضايق الطفل

مثلاً الأب الذي يتغيب غالباً في مواعيد زياراته، أو الأم التي لا تعزز الطفل أبداً مهما بذل من جهد، ولا يمكن ظهور تأثير هذه العوامل إلا من خلال المقابلة الفردية مع الطفل بينما من السهل أن تضيع إذا كانت جميع المقابلات تشمل الأسرة ككل. يجب التحري عن الممارسات الوالدية بالتفصيل مع الانتباه بدقة لما يظهر قبل، وما الذي أدى إلى حدوث سلوك الطفل الإشكالي وما ترتب عليها؟ من الذي ربح المواجهة؟ ماذا قيل؟ كم من الوقت استغرق عودة العلاقات إلى طبيعتها؟ وبصورة عامة يجب التقصي عن التعزيز والتقدير الذي يقدم للسلوك البناء، وطول الوقت الذي يقضي في نشاطات مشتركة، ويجب الحصول على أمثلة تفصيلية للأسئلة السابقة. كما يجب التحري عن حساسية الوالدين لمزاج الطفل وحاجاته، ومقدار اهتمامهم بهذه الأمور عند مناقشة الطفل والتخطيط لحياته. ويجب فحص الاتجاه الانفعالي للوالدين وموقفهم من الطفل، ويساعد في معرفة ذلك السؤال عن إيجابيات الطفل، هل هناك بعض الدفء والتقبل رغم مشكلات الطفل، أم أن موقفهم سلبي بالكامل؟ يمكن الكشف عن الأفكار والمعتقدات القوية والتركيز على مناقشتها في حال استمرت المعالجة، يعبر عن هذه الأفكار عبارات مثل «هناك خطأ ما في رأسه»، أو «إنه مثل أبيه لقد كان سيئاً أيضاً». تقدم الملاحظة المباشرة صورة هامة للتفاعل بين الوالدين والأطفال في الظروف العادية. هل هناك حدود واضحة أو يُسمَح للطفل بفعل ما يشاء دون ضوابط؟ مثلاً ما رد فعل الوالدين على محاولة الطفل مغادرة الغرفة؟ هل يعزز السلوك الجيد أو يتم تجاهله؟ هل يتم التعامل مع الطفل بحساسية؟، وتكون تقارير المدرسة أساسية فهي تشمل السلوكيات غير الاجتماعية، والقدرة على التركيز، والجلوس بثبات، والعلاقات مع الرفاق، والانتظام الدراسي ودرجة التحصيل، ففي بعض الحالات يستهلك السلوك الإشكالي في الصف جزءاً هاماً من وقت المعلم؛ مما يؤدي إلى إغفال بعض صعوبات نوعية في القراءة أو قد اعتبرها ببساطة نتيجة لسوء السلوك.

المعالجة (Treatment):

العلاج الموجه للطفل (Child-focused):

1 ـ *تعديل السلوك:* قد يكون فعالاً في تعديل واحد أو اثنين من السلوكيات غير الاجتماعية ولكن لا يتم تعميمه عادة.

2 ـ *التدريب على مهارات حل المشكلة والتدريب على المهارات الاجتماعية:* أظهرا نتائج مؤكدة، ولكن بتأثير بسيط.

3 ـ *العلاج النفسي الفردي:* يكون عادة غير مفيد بسبب انخفاض استبصار هؤلاء الأطفال بأسباب تصرفاتهم، وعندما ينجحون في تحديد ما يزعجهم بالفعل يكونون غير قادرين عادة على تغييره أو على إيجاد طريقة أخرى للتعامل معه.

4 ـ *الأدوية والنظام الغذائي:* تكون طريقة جيدة للتعامل مع الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط ـ اضطراب التصرف. من المناسب أن يُعالَج قلقهم وعدم انتباههم بالأدوية والحمية (انظر الفصل الخامس والرابع الثلاثين) عندما يخفض الدواء المنبه الهياج وضعف الانتباه قد يقلل أيضاً التمرد، والعدوانية، والسلوكيات المعادية للمجتمع. ولا توجد أدلة على نجاح المنبهات في خفض مشكلات التصرف لدى الأطفال الذين لا يعانون أيضاً من فرط النشاط. هناك أدلة بسيطة على فاعلية الليثيوم (Lithium) مع الأطفال الذين يعانون من نوبات عصبية مدمرة قوية رداً على أقل استفزاز، والذين لم يستجيبوا للعلاج النفسي المناسب، لكنه من النادر أن يوصف فقط لمثل هذه الحالات نظراً لما له من آثار جانبية. وعندما ينجح النظام الغذائي في ضبط فرط النشاط فهو ينجح أيضاً في خفض الهياج.

العلاج الموجه للأسرة (Family-focused):

5 ـ *يُعتَبر إرشاد الأسرة والخدمة الاجتماعية* من الطرق الهامة لاستكشاف المؤثرات التخريبية مما يمهد بالتالي لمعالجة أكثر تحديداً.

6 ـ *يستخدم العلاج الأسري* بكثرة، ولكن من النادر أن يتم تقييمه، ولكن يمكن الحكم عليه من خلال الخبرة الإكلينيكية، فهو غالباً يفيد الأسر العادية ذات

الأداء الجيد حيث بعد بضع جلسات يبدأ الوالدان في وضع حدود واضحة، للطفل وتحسين الجو الانفعالي، وهو أقل فائدة للأسر الفوضوية غير المنظمة، والتي تفتقر لمهارات التعامل.

7 ـ *تدريب الوالدين* على التعامل هو أفضل طريقة بعد التحقق من فاعليتها من خلال دراسة كفاءتها في أبحاث بها مجموعات مقارنة عشوائية ضابطة، فهي توجه الوالدين للانتباه للسلوك المرغوب بدلاً من الانخراط في معارك طويلة من الجدال، وتسمح بالمزيد من التفاعل الإيجابي بين الوالد والطفل، كما يتعلم فيها الوالدان بعض الأساليب الجيدة في التعامل مع السلوك غير المرغوب، ومن ميزاتها إمكانية خفض تكاليفها من خلال تقديمها لمجموعات دون أن تتأثر درجة فاعليتها.

العلاج الموجه للمجتمع (Community-focused):

8 ـ *يتم الآن تقييم برامج الوقاية*، وحجم التأثير ما زال متواضع رغم أنها قد تكون مفيدة لعامة الناس بشكل عام.

الاستمرارية والمحصلة (Continuity and outcome):

* **الاستمرار التقدمي:** يتحول 40٪ من أطفال اضطراب السلوك إلى بالغين جانحين مع استمرار مشكلات سلوك واضطراب العلاقات.

* **الاستمرار التراجعي:** نجد أن 90٪ من البالغين المنحرفين كانوا يعانون من اضطراب السلوك وهم أطفال.

العوامل المنبئة بالنتيجة (Factors predicting outcome):

* **في الطفل:** يمكن التنبؤ بسوء النتائج من خلال عدة عوامل مثل البداية المبكرة، وتعدد وتنوع مجموعة الأعراض، وزيادة حدة وتكرار الأعراض، وتغلغل الأعراض عبر أكثر من موقف (مثلاً البيت والمدرسة وغيرها)، ووجود فرط النشاط الزائد. بالمقابل يكون المآل المرضي أفضل عندما تنحصر المشكلة في منطقة واحدة من

السلوك مثل العدوانية ففي ذلك إشارة إلى سلامة العلاقة مع الرفاق والإنجازات التعليمية، فوجود أو غياب مجموعة من المشكلات أمر مهم.

* **في الأسرة:** يكون المآل سيئاً في وجود الأمراض النفسية عند الوالدين، وإجرام الوالدين كما يكون سيئاً أيضاً عند وجود درجة عالية من العدائية وخلافات أسرية شديدة حول الطفل.

نمط النتائج في البالغين (Type of adult outcome):

* الاستمرارية المتجانسة أكثر لدى الذكور، حيث تستمر الأعراض في جملتها بالمعدل نفسه، فنجد العنف والعدوان، والشخصية المعادية للمجتمع، وتعاطي الكحول والمخدرات، والجريمة.

* الاستمرارية غير المتجانسة أكثر لدى الإناث (أي تسود أعراض من نوع مختلف) فنجد أنماطاً متعددة من الاضطرابات الانفعالية واضطرابات الشخصية، ونسبة عدوانية وجريمة أقل.

بالإضافة إلى خطورة التعرض للأمراض النفسية، فإن الأفراد الذين لديهم تاريخ من اضطراب التصرف يكونون عرضة للخلل الاجتماعي في البلوغ، ومؤهلاتهم العلمية قليلة، وتاريخ العمل السيء، ونرصد ضعف في العلاقات الاجتماعية مثل زيادة نسبة انهيار الزواج.

الفصل السابع

جنوح الأحداث

Juvenile Delinquency

تعريف جنوح الأحداث هو تعريف قانوني، ولا يرتبط مباشرة بالصحة النفسية. ويستخدم في بريطانيا للإشارة لشخص يتراوح عمره بين 10-17 سنة وُجد مذنباً بمخالفة تعتبر جريمة لدى البالغين. وعلى عكس الاعتقاد السائد فإن أكثر من 90٪ من المخالفات هي ضد الممتلكات، وليس الأشخاص مثل السرقة، وسرقة السيارات، والكسر والتدمير والتخريب. ويشكل الانتهاك الشخصي، ومخالفات المخدرات والمخالفات الجنسية أقل من10٪، وبالمقارنة بين السجلات الرسمية وسجلات التقارير الذاتية للجانحين وأقوال الضحايا نجد أن ما تغطيه السجلات الرسمية لا يتجاوز فقط عُشر (1/10) المخالفات، ينطبق هذا التناقض بين المخالفات الفعلية والمُبلغ عنها بشكل أساسي على الجرائم الصغيرة، حيث يتم غالباً التبليغ عن الجرائم الخطيرة. وفي بعض المخالفات الصغيرة تقل فرصة الضبط إذا كان المرتكب أبيضاً ويرتاد مدرسة راقية ومن بيت منظم، وذكاءه طبيعياً. ولكن هذا لا ينطبق على المخالفات الخطيرة حيث تتشابه الخصائص الشخصية والديموغرافية في التبليغ الرسمي والتقرير الذاتي. وعندما يتم القبض على الجاني تزيد فرص الإدانة إذا كان له سجل إجرامي سابق، وكانت المخالفة خطيرة، أو إذا كان الجاني كبيراً في العمر أو أسوداً.

الوبائيات (Epidemiology):

العمر: هناك زيادة عامة لخرق القانون في نهاية المراهقة، حيث تكون السرقة والتعدي على الممتلكات في أقصى حدودها، وتكون أعلى درجات العنف في بداية

العشرينيات مع تناقص سريع في منتصف العشرينيات. لا تتم إدانة حوالي نصف إلى ثلاثة أرباع المدانين مرة أخرى، ويشمل الربع الباقي الفئة التي تكرر المخالفات. وتشبه الخصائص التي تتنبأ بمن سيكررون المخالفات خصائص المنحرفين بشكل عام، ولكنها تكون أوضح لديهم. أحد عوامل التنبؤ باستمرار المشكلة هو البداية بعمر مبكر. ظهر في دراسة كامبردج الطولية (Cambridge) التي أجراها وست وفارنغتون (West and Farrington) في وسط لندن، أن ثلاثة أرباع الأشخاص الذين أُدينوا أكثر من ثلاث مرات كأحداث استمروا بتكرار المخالفات كشباب.

الجنس: يزيد انحراف الذكور في أوربا وأمريكا الشمالية من ثلاث إلى عشر مرات عن انحراف الإناث سواء حسب التقارير الذاتية أو السجلات الرسمية. يتميز الذكور بالمخالفات العنيفة، بينما تغلب عند الإناث بعض المخالفات مثل سرقة المتاجر. وهناك عدة تفسيرات محتملة للفروقات بين الجنسين تتراوح من الأسباب البيولوجية التي تدعمها الدراسات عبر الثقافية والدراسات الموازية على غير بني البشر (القرود)، إلى الأسباب الثقافية من خلال دراسة السلوكيات التي يختلف التشجيع عليها أو رفضها بين الذكور والإناث. تشير الأدلة المتوفرة حالياً إلى تأثير العوامل البيولوجية والنفسية الاجتماعية. وهكذا يكون الذكور أكثر عرضة للمتلازمات البيولوجية مثل فرط الحراك التي تزيد من احتمالية الجنوح، كما أن سلوك الذكور العدواني غالباً ما يقبل بل ويشجع كجزء من ثقافة فرعية أوسع تسمح باكتساب الشهرة من خلال الإهانة والعنف.

الحالة الاجتماعية الاقتصادية: لها تأثيرات جانبية رغم رغبة العديد من المؤلفين في التقليل من قيمة هذا الجانب لتداخله مع عوامل أخرى. ويظهر حجم العامل الاجتماعي الاقتصادي في الدراسات المسحية البريطانية ليوضح أن معدلات جنوح الأحداث هو تقريباً 5٪ في العائلات ذات المهن والوظائف الإدارية، ويصل إلى 25٪ لدى عائلات العمال غير المهرة، وتؤكد التقارير الذاتية هذا الميل في المخالفات الخطيرة ولكن النسبة تتدنى من 2:1 في المخالفات غير الخطيرة.

العرق: تشير كل من السجلات الرسمية وتقارير الضحايا في بريطانيا إلى زيادة ارتكاب الشبان الأفارقة، أو من أصل كاريبي للاعتداءات والسرقة والعنف من خمس إلى ست مرات عن نظراءهم البيض، ولم يكن هذا هو الحال لدى الجيل الأول من المهاجرين الإفريقيين الكاريبيين قبل 50 سنة. بالنسبة لمخالفات الأحداث الأخرى تصل المعدلات الحالية للأفارقة والكاريبيين إلى ضعف معدلات البيض. ويمكن لبعض العوامل أن تفسر الفروق بين البيض والسود بشكل جزئي مثل العوامل الاجتماعية الاقتصادية، وخصائص الأسرة، وعقود زمنية من التحيز والقسوة. وفي الوقت الحاضر تساوي معدلات الجنوح للشبان الآسيويين معدلات جنوح الشبان البيض أو تقل عنها قليلاً.

الحقبة الزمنية (Epoch): تقرر الاعتبارات التاريخية أن العنف في الجريمة كان شائعاً في منتصف القرن الثامن عشر، ثم تراجع ليصل إلى أدنى مستوى له في نهاية القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين قبل أن يعود ليرتفع ثانية. لقد شهدت الخمسون سنة الأخيرة ارتفاعاً ثابتاً في جنح الأحداث. ولقد زادت معدلات الجريمة المسجلة عالمياً ما بين 2 إلى 6 مرات في معظم الدول في هذه الفترة رغم أن هذه الزيادة قد ترجع فقط لتطور طرق تسجيل الجرائم، أما التغير في معدلات تسجيل جنوح الأحداث فهو أكثر تضارباً وقد يكون ذلك بسبب تأثر التسجيل الرسمي بالتغييرات السياسية، فمثلاً قد تزداد معدلات الجنوح إذا تغيرت السياسة من استخدام تحذيرات غير مكتوبة إلى تنبيهات مكتوبة والعكس صحيح، في العقود السابقة بقيت نسبة الانتهاكات التي تتضمن عنف ثابتة دون 10٪، ولكن نسبة النساء الجانحات زادت $\frac{1}{10}$ إلى $\frac{1}{15}$ من الجناة. ولقد زادت في بريطانيا في العقد الأخير جرائم العنف التي يستخدم فيها الشباب السكاكين والمسدسات بشكل ملحوظ.

المحلية: هناك فروق واضحة في نسب الجنوح بين المناطق لا يمكن تفسيرها بالطبقة الاجتماعية أو أي عوامل اجتماعية اقتصادية أخرى. تبين وجود بعض الأثر

للتصميم المعماري للبناء حيث تظهر أهمية القدرة على مراقبة الناس والشعور بالمسؤولية لما يُسمى «المساحة الدفاعية». وعند المقارنة بين جزيرة رايت والمناطق الداخلية في لندن وُجِدَ أن معدل اضطراب السلوك في المناطق الداخلية من المدينة يصل إلى الضعف مقارنة مع المناطق الريفية، ويرجع هذا غالباً لعوامل نفسية اجتماعية في الأسرة مثل الاضطراب النفسي للوالدين، وإجرام الوالدين، وانفصال الأسرة، بالإضافة إلى تأثير بعض عوامل الخاصة بمنطقة السكن مثل المدارس الفقيرة. وقد وُجِدَ أن الجيرة المتماسكة التي لا يتغير سكانها كثيراً تعمل الشبكة الاجتماعية فيها على منع الجريمة. وجدت دراسة كامبردج أن الأحداث الذين نُقِلوا خارج المناطق المحرومة داخل لندن انخفضت معدلات الحكم عليهم مقارنة بمن بقوا في مساكنهم حتى مع ضبط عوامل الاختطار الأخرى.

العوامل المرتبطة (Associated factors):

الأســـــرة (Family):

* **الحجم**: هناك ارتباط قوي مع زيادة حجم الأسرة خصوصاً بين المستويات المتدنية اجتماعياً واقتصادياً، وعدد الأخوة الذكور أكثر تأثيراً من عدد الإناث، كما ينخفض معدل الجنوح بشكل ملحوظ في حالات الطفل الوحيد.

* **الدخل**: يرتبط تدني الدخل بقوة مع ارتفاع الجنوح.

* **الإجرام**: ترتبط انتهاكات الأحداث الخطيرة بدرجة كبيرة بوجود تاريخ إجرامي للوالدين أو الأشقاء، ولكن هل يعود السبب في هذا إلى الجينات المشتركة أو الحرمان المشترك أو التعلم الاجتماعي؟ تشير دراسات التوائم وأطفال التبني إلى التأثير المتوسط للجينات، كما تشير الدراسات حول انحراف الأحداث إلى ضعف تأثير الجينات، بينما تبرز أهمية تأثير الظروف البيئية المشتركة، ويلعب تفاعل بعض العوامل دوراً مهماً، وتشير بعض الدراسات التي اعتمدت على ملاحظة الأطفال الذين تم تبنيهم مبكراً أن والدي الطفل المتبنى ممن كان والداه

بالولادة مجرمين يستخدمان العقاب الجسدي والشدة بشكل مُضاعَف من الحالات التي لم يكن لها مثل هذا الميراث، أي أن الاختلافات المزاجية للطفل تستثير أساليب والدية أكثر إيذاءً.

* **خبرات تنشئة الطفل:** يرتبط جنوح الأحداث مثل اضطرابات التصرف بشدة بنقص الرعاية وتفكك الأسرة، ويتصف الجو الانفعالي فيها بالعدوانية والنزاع. وهناك دائماً نقص في القوانين المنزلية وتدني لمستوى مراقبة انفعالات وسلوك الطفل، وتذبذب في استجابات الوالدين للسلوك سواء المرغوب أو المنحرف الأمر الذي يؤدي بالتالي إلى عدم ثبات العقاب. كما ظهر الافتقار إلى طريقة ملائمة للتعامل مع المشكلات والأزمات الأسرية؛ مما يعني استمرار التوتر والنزاعات، كما وُجدت الإساءة الجسدية والنفسية والجنسية في مثل هذه الأسر.

العوامل الفردية (Individual factors):

* **السلوك:** يميل 90٪ تقريباً من الأحداث المنحرفين ممن كانوا معاديين للمجتمع في منتصف طفولتهم بحيث انطبقت عليهم معايير اضطراب السلوك، ولذا فإن الفكرة الشائعة بأن أغلبية الجانحين كانوا جيدين في البداية ثم «وقعوا في المجموعة السيئة بسبب الرفقة» أثناء فترة المراهقة هي فكرة خاطئة، ولكن غالبية المنتهكين لمرة واحدة ممن ليس لديهم أسبقيات يكون سلوكهم بالفعل جزءاً عابراً وشائعاً بين المراهقين.

* **الذكاء:** هناك ارتباط قوي بين انخفاض معدل الذكاء وزيادة الجنوح. أشارت إحدى الدراسات الى أن حوالي 20٪ من الشباب ذوي معامل الذكاء المنخفض عن 90 كانوا ينزحون لتكرار الجنوح في مقابل فقط 2٪ ممن معامل ذكائهم 110 أو أكثر. ويظهر الارتباط بين الجنوح وانخفاض معدل الذكاء من خلال التقارير الذاتية، وربما يتأثر الحكم على معدل الذكاء بعوامل مثل الفشل الدراسي، وضعف تقدير الذات، والإحباط. كما أن انخفاض معدل الذكاء قد

يكون ببساطة مؤشراً لسلبيات بيولوجية أو اجتماعية. ومن المثير أن الارتباط بين انخفاض معدل الذكاء ومشكلات التصرف وُجِدَ في سن مبكرة جداً منذ الثالثة من العمر.

* **بيولوجياً:** ذكرت مساهمة الجينات في إجرام البالغين سابقاً، وبمقارنة المجرمين البالغين مع المجموعة الضابطة ظهر أن ردود فعلهم للكرب أقل آلية، ولديهم تعلم غير مناسب للتجنب السلبي، وزيادة في العدوانية، وضعف في مهارات الانتباه، وارتفاع الميل للبحث عن الإثارة، ومن غير الواضح ما إذا كانت هذه الملامح مكتسبة أو موروثة. ومن النادر أن ينسب الانتهاك إلى متلازمة عضوية. ولا تظهر دراسات التخطيط الكهربائي للمخ (EEG) للجانحين أي شذوذ بشكل ثابت، وترجع أحياناً الانفجارات العدوانية الخطيرة إلى «نوبة من متلازمة ضعف الضبط» (Episodic dyscontrol syndrome)، وتُنسَب أحياناً إلى باثولوجي الفص الصدغي أو إلى النوبات الجزئية. ولا يرتبط عادة كرموسوم (XYY) بزيادة الجرائم العنيفة، ولكن يبدو أنه يمهد لجرائم تافهة، والتي قد ترتبط بانخفاض الذكاء.

* **العلاقات:** غالباً ما يعاني الأحداث الجانحين من ضعف العلاقات وعدم الانسجام مع جماعة الرفاق من نفس الجنس أو الجنس الآخر، وأكثر جنايات الأحداث الجانحين ترتكب مع رفاق من المعاديين للمجتمع، وهناك دلائل كثيرة على أن مصاحبتهم تزيد من احتمالية استمرار السلوك الإجرامي. وهذا يعني أن برامج التدخل والسجون التي تجمع الشباب المعادي للمجتمع معاً بدون مراقبة حثيثة لما يقولونه أو يفعلونه ستؤدي لمزيد من الضرر.

* **الاتجاهات:** هل لدى الجانحين منظومة قيم معادية ثابتة؟ تنفي الدراسات السابقة المبكرة هذا، فعند سؤال الأحداث الجانحين عن سبب أفعالهم يشيرون إلى أن دوافعهم كانت الإثارة بشكل عام والتخلص من الملل، وتحقيق الإشباع من خلال استعراض قوتهم أمام أقرانهم، بينما لم يشكل الكسب المادي هدفاً

رئيسياً. ومع ذلك تظهر الدراسات عن القيم الأخلاقية لدى الجناة الصغار ارتفاع التمركز حول (الأنا) وانخفاض الإيثار، كما أنهم أقل اهتماماً برغبات الآخرين وأقل اعتباراً لنتائج أفعالهم. ولديهم اقتناع بأن استخدام العنف سيحل الخلاف، كما يعتقدون أن العراك والسلوكيات المعادية للمجتمع (بما فيها تعاطي المخدرات والكحول) تؤدي لاكتساب الاحترام بين الرفاق. وتنخفض لديهم قيم حب واحترام المدرسة والتوحد مع قيمها عما هي عليه لدى غير المنحرفين.

* **الشخصية:** لم توجد فروق ثابتة في قياس الشخصية، ولكن الدراسات الحديثة أظهرت وجود جماعات جزئية تزيد لديها القسوة، وينخفض تعاطفها مع محن الآخرين. وهناك جدل حول استخدام مصطلح اضطراب الشخصية في الطفولة والمراهقة، رغم ظهور معظم أنماط الراشدين في مرحلة المراهقة المتأخرة بين العديد من الحالات. الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM-IV) لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (Antisocial personality disorder) (ASPD) حيث يوجد به وصف سلوكي لبعض الأعمال مثل العدوان الملح وعدم المسؤولية، ويُشتَرط أن يكون الشخص قد عانى من اضطراب التصرف في شبابه 50-80٪ من مكرري المخالفات تنطبق عليهم معايير الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM) لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ASPD)، ولكن فقط من 15-30٪ تنطبق عليهم الشخصية المعتلة نفسياً [السيكوباثية (Psychopathy)] (ليس مصنفاً حالياً كاضطراب شخصية) والذي قد يشكل مجموعة جزئية من (ASPD). ويتميز السيكوباتي بالقسوة، والخداع، ضحالة التأثر، وعدم الندم، وقد يكون العجز الأساسي في فقدان الاستجابة الانفعالية في العلاقات المتبادلة، وبينما قد تلعب العوامل البيولوجية الدور المهيء لهذا، ولكن السيكوباثي لديه طفولة أسوأ ونسبة أعلى من التعرض للإساءة من الجناة غير السيكوباثيين والذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ASPD).

تقييم الاختطار (Risk assessment):

عند تقييم جنوح الأحداث، في العادة، يجب أن يشمل التقييم النفسي الكامل خطر إلحاق الضرر بالنفس أو بالآخرين. تقليدياً اعتمد علم النفس الجنائي على أسلوب «الحكمة الإكلينيكية» التي تركز على الشخص أكثر من بيئته، وخطره على الآخرين أكثر من خطره على نفسه، وكان ينقصها الكثير من الدقة العلمية من حيث الصدق والثبات. يبقى القول المأثور بأن «نمط العنف السابق ينبئ بالعنف المستقبلي» صحيحاً ويوضحه أعداد وأنماط المخالفات، ولكنه لسوء الحظ يتنبأ بنسبة قليلة من تنوع النتائج، فبعض الشباب ممن لديهم مخالفات عدة سابقة، وعوامل خطورة يتوقفون عن المخالفة، بينما يستمر البعض الآخر ممن لديهم مخالفات أقل. هذا يجعل القرارات المعتمدة حول من يحتاج إلى الحجز في أماكن آمنة صعباً. يأخذ الأسلوب المعتمد في مستشفى مودسلي (Maudsley) في الاعتبار العوامل الملخصة في الشكل (7-1)، ويعود الفضل فيها لعمل الدكتورة كارول شيلدريك (Carol Sheldrick).

وبينما ينشغل المجتمع بسلامة الآخرين يجب أن نتذكر المعدل العالي لإيذاء الذات عند المخالفين الصغار خاصة عند منعهم من ذلك وضرورة تقييم هذا السلوك (انظر الفصل الحادي عشر حول الإيذاء المتعمد للذات والانتحار). ويجب الانتباه إلى البيئة التي أتى منها المنحرف الصغير، بما في ذلك عوامل الحماية مثل الأصدقاء غير المنحرفين، أو علاقة داعمة مع راشد غير مجرم، أو مهارات تساعد في بناء تقدير الذات، والأنشطة البناءة وفرص العمل. ويجب الانتباه إلى أن البيئة تورث مخاطر الانحراف كما يورثها الفرد حيث يحتاج السلوك المخالف لمساحة (فرصة للظهور) وإلى مثيرات، وهذا ما يصعب عادة التنبؤ به. هل يخرج الحدث ليلاً إلى أماكن تعاطي المخدرات؟ هل يستخدم أصدقاءه الحقن؟ هل أحدهم مصاب بالإيدز؟ هل يُشاهَد أصدقاء خارج النوادي الليلية من المعروفين بالعنف؟ هل يعود والده ليلاً ثملاً ويضربه؟ هناك العديد من الأدوات التي تساعد على تقدير الخطورة، مثل التعامل مع المخاطر التاريخية/ الإكلينيكية التي تتكون من 20 بند والتي تم تعديلها لتناسب المراهقين.

دليل المخالفة:

- الخطورة
- الطبيعة والنوعية
- خصائص الضحية
- الدافع والنية
- الدور في المخالفة
- السلوك
- الموقف من المخالفة
- التعاطف مع الضحية
- الشفقة على الآخرين

المخالفات السابقة:

- سجل الحدث
- عدد الاعتقالات السابقة
- الإدانات بسبب استخدام العنف
- المحاذير
- التبليغ الذاتي عن المخالفات

مشكلات سلوكية السابقة:

- العنف
- إيذاء الذات
- إشعال الحرائق
- القسوة على الأطفال
- القسوة على الحيوانات

الشكل رقم (7-1): العوامل التي يجب الانتباه لها عند تقييم الاختطار لصغار الجناة

التدابير العلاجية (Management):

يوجه معظم الجهد لربع المنحرفين الذين يخالفون القانون بشكل متكرر، وهناك دلائل قليلة على فعالية العقاب مثل السجن أو الأحكام القضائية، ويرجع استخدام الجلسات المعرفية القصيرة أو العلاج الطويل لاتباع ما هو شائع وللفكر السياسي أكثر من اعتماده على دلائل نجاح تجريبية. تم تقييم ثلاث طرق علاجية بموضوعية وظهر أنها فعالة، وهي العلاج الوظيفي للأسرة، الذي طوره جيمس اليكساندر (James Alexander)، يتضمن عمل معالج فردي مع كل أسرة في بيتهم لأكثر من (10-12) أسبوع. وهناك ثلاث مراحل: الأولى مصممة لتحفيز الأسرة للتغيير، والثانية تُعلّم الأسرة كيف تحل مشكلة محددة، والمرحلة الأخيرة تساعد أفراد الأسرة على تعميم مهاراتهم في حل المشكلات.

العلاج متعدد النظم [(Multisystemic Therapy) (MST)]، طوره سكوت هاجلر (Scott Henggeler)، ويستمر أيضاً لحوالي ثلاثة أشهر، ويقوم على أساس بحث يظهر اشتراك عدة عناصر في تحديد السلوك المضاد للمجتمع وأن معظمها يأتي من البيئة المباشرة للشاب. ولذا فمن غير المنطقي بذل الجهد لعزل الشاب مؤقتاً عن هذه العوامل، وزيادة مستوى أحد أكثر العوامل المهيجة، ثم إعادته إلى بيئته الإجرامية المحيطة التي لم تتغير مطلقاً، وهذا ما تفعله محاكم الأحداث الحالية بحبس المنحرفين الصغار مع أقران مضادين للمجتمع بشكل كبير. يأخذ العلاج متعدد النظم المسار المعاكس، وبدلاً من صب المصادر في السجون نضعها في محاولة لتغيير البيئة حول الشباب. على أن يطبق العلاج متعدد النظم ستة عناصر بمرونة تبعاً لحاجات الشاب (الشكل 7-2)، وقد أظهرت دراسات متكررة أنها تقلل معدلات تكرار المخالفات إلى الثلث أو إلى النصف، وأنها تزيد من السلوك الاجتماعي. ولتحقيق هذا من الضروري أن يكون هناك فريق من الموظفين لضمان استمرار الدعم الكافي والإشراف على المعالجة، فهناك دلائل على أن عدم الإخلاص في المعالجة يزيد الأمور سوءاً.

1 ـ العلاج الأسري الذي يركز في الاتصال الفعال، أساليب المكافأة والعقاب المنتظمة، وتطبيق أسلوب حل المشكلات على الخلافات اليومية.
2 ـ التشجيع على قضاء مزيد من الوقت مع الأقران الذين ليس لديهم مشكلات، والتوقف عن رؤية الجانحين الآخرين.
3 ـ الاتصال بالمدرسة لتحسين التعلم وأداء الواجبات، وإعادة تشكيل ساعات ما بعد المدرسة
4 ـ التطوير الفردي، بما في ذلك التدريب التوكيدي ضد التأثير السلبي للأقران.
5 ـ تمكين الأحداث ووالديهم من التكيف مع مشكلات الأسرة، والمدرسة، والأقران، والجيرة. التأكيد على السماح للأسرة بتطبيق وتطوير مهاراتها في حل المشكلات، وعدم تقديم إجابات جاهزة.
6 ـ التنسيق مع مؤسسات أخرى مثل محاكم الأحداث، والعمل الاجتماعي، والصحة النفسية، والتعليم.

الشكل رقم (7-2): عناصر العلاج متعدد النظم [(Multisystemic Therapy)(MST)]

وأخيراً المعالجة متعددة الأبعاد للرعاية البديلة (Multidimensional Treatment Foster Care) (MTFC) طورتها باتريشيا تشامبرلين (Patricia Chamberlain). وهي الطريقة الأكثر تركيزاً في الطرق الثلاث، وتعتمد على أبحاث عن أسباب الجنوح. يوضع الحدث حسب نمط المعالجة هذا في بيت رعاية لحوالي ستة أشهر حيث يتعلم مهارات الحياة بعيداً عن أقران السوء، وتعزز كل السلوكيات الإيجابية وتعاقب على خرق القوانين، ويصمم هذا بعناية على أساس نظام النقاط حسب حاجات الفرد واهتماماته. ويتم تعليم الأسرة الأساسية خلال هذا الوقت مهارات التعامل والإشراف على الحدث. انخفضت معدلات المخالفة إلى الثلث بعد سنة من العودة إلى البيت في بعض الحالات، وإلى النصف في حالات أخرى. كما أظهر تدريب الوالدين أثراً واضحاً على خفض معدل المخالفات، ولكن على حساب تكلفة انفعالية عالية للعاملين في البرنامج.

البرامج الوقائية جذابة نظرياً حيث تعمل قبل التشبع بالسلوك المعادي للمجتمع، وتهتم هذه البرامج بالطفولة المبكرة أو المتوسطة وتكون على ثلاثة مستويات وهي التدخل العالمي لوضع برنامج عالمي لجميع الأطفال، والتدخل الذي يستهدف الأطفال الذين هم في اختطار لأن يصبحوا جانحين، والتدخل المؤثر الذي يستهدف الوقاية الثانوية من السلوك المخالف للمجتمع المُعنى الذي يعاني أصلاً من اضطرابات السلوك. تم تقييم قلة من البرامج العامة، ولكن هناك برامج واعدة لأطفال في عمر المدرسة الابتدائية، وتحتوي على مكونات ثلاثة هي تدريب الوالدين على التعامل، والقراءة العلاجية، وتدريب المعلمين على تقنيات إدارة غرفة الصف، الوقاية الثانوية قد تكون مجدية جداً حيث ظهرت جدوى تدريب الوالدين في تقليل مشكلات التصرف في الطفولة المتوسطة، والذي يفترض بالتالي أن يقلل من الانحراف مع حاجة وجهة النظر هذه للمزيد من البحث. والمشكلة التي تواجه جميع برامج الوقاية هي صعوبة إشراك أسر الأطفال ممن يحتاجون لهذه المساعدة.

الفصل الثامن

رفض المدرسة

School Refusal

يكون رفض الذهاب للمدرسة هو السبب الرئيسي في تحويل حوالي 5٪ من الأطفال إلى المختصين النفسيين، وما يصاحب ذلك من قلق أو ضيق وتسمى هذه الحالة «رفض المدرسة». ويكون من الأفضل تجنب استخدام تعبير رهاب المدرسة (الخوف من المدرسة «School phobia»)، فنادراً ما يكون السبب وراء رفض الذهاب إلى المدرسة ليس للخوف من ذات المدرسة، بل بسبب التردد من مغادرة المنزل. يجب الانتباه الى أن رفض الذهاب إلى المدرسة ليس تشخيصاً، ولكنه شكوى شائعة قد تعكس مشكلات عديدة لدى الطفل أو الأسرة أو النظام المدرسي ككل، كما يجب الانتباه إلى أن رفض الذهاب إلى المدرسة أمر خطير لأننا نعيش في مجتمع يقدر المدرسة كثيراً ويجعلها إلزامية. فمثلاً لا توجد معايير نفسية ولا إرادية «لرفض التسوق» أو «لرفض إزالة الأعشاب» ولكنها قد تمثل مشكلة للأطفال وأجبروا على قضاء الكثير من وقتهم في التسوق أو في تقليم الحديقة.

الوبائيات (Epidemiology):

يصل رفض المدرسة إلى درجات حرجة في ثلاث مراحل عمرية:

1 ـ بداية الذهاب إلى المدرسة.
2 ـ بعد الانتقال أو تغيير المدرسة.
3 ـ بداية المراهقة.

ورغم رفض وتردد العديد من صغار الأطفال ممن في عمر المدرسة الذهاب إليها، إلا أن الوالدين غالباً ما ينجحان في التغلب على هذا التردد. وينجح رفض

الذهاب إلى المدرسة أكثر بين الأطفال الأكبر سناً، ويرجع السبب في ذلك جزئياً لصعوبة فرض الذهاب إلى المدرسة عليهم إذا كان ذلك ضد إرادتهم.

لم تجد دراسة جزيرة رايت حالة من رفض الذهاب إلى المدرسة ضمن 2000 طفل في الأعمار 10 أو 11عام (وهما آخر عامين من المرحلة الابتدائية). وعندما تم تقييم نفس المجموعة من الأطفال في عمر 14 و15 عام وجدوا 15 حالة ترفض الذهاب إلى المدرسة، وهي تمثل نسبة 7٪، ورفض الذهاب إلى المدرسة شائع بين الذكور والإناث بالتساوي، ولم يكن مرتبطاً بطبقة اجتماعية اقتصادية محددة.

الملامح المميزة (Characteristic features):

قد يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة، أو قد يذهب إلى المدرسة، يعود إلى المنزل قبل أو بعد الوصول إلى المدرسة بوقت قصير. في بعض الحالات يُعبر الطفل بوضوح أنه يخاف من مغادرة المنزل أو من الذهاب للمدرسة، وفي بعض الحالات يظهر رفض المدرسة من خلال الأعراض الجسدية دون إعلان عن المخاوف نفسها، فنجد على سبيل المثال شكاوى من الصداع، وألم المعدة، أو التوعك، أو سرعة ضربات القلب قبل الذهاب إلى المدرسة أو مباشرة بعد الوصول إلى المدرسة. ويعتبر غياب مثل هذه الشكاوى في عطلة نهاية الأسبوع أو الإجازات المدرسية مؤشراً مفيداً، يستجيب الطفل لمحاولات إجباره على الذهاب إلى المدرسة بالدموع والتوسل والغضب، أو المقاومة الجسدية. وعلى خلاف التغيب لا يخفي الأطفال عدم حضورهم المدرسة، فالوالدان يعرفان مكان الطفل الذي غالباً ما يكون إما في المنزل أو مكان قريب منه.

بداية رفض الذهاب إلى المدرسة قد يكون مفاجئاً وقد يكون متدرجاً، حيث يتزايد تعبير الطفل عن عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة، وتزداد عدد أيام تغيبه كل أسبوع. يمكن عادة تحديد العوامل المُهيأة مثل تغيير المدرس، أو الانتقال إلى مدرسة جديدة ، أو فقدان صديق، أو المرض. تكون البداية غالباً مفاجئة في المراهقة، مع ازدياد الانسحاب من أنشطة الرفاق التي كانت ممتعة في السابق، ويزيد رفض الذهاب للمدرسة في بداية الالتحاق بها أو عند العودة بعد فترة من

انقطاع الدراسة بسبب المرض أو الإجازات، وينشأ رفض المدرسة من خليط عدم رغبة الطفل في الذهاب وعدم قدرة أو عدم رغبة الوالدين في دفعه للذهاب. وقد يكشف رفض الذهاب للمدرسة عن العديد من الاضطرابات النفسية الخفية، وتظهر هذه الاضطرابات من خلال أعراض أخرى غير رفض المدرسة ولكن تقدم هذه الأعراض الإضافية مزيداً من الفهم والتوضيح لطبيعة رفض الذهاب، وعلى سبيل المثال الطفل الذي يرفض الذهاب إلى المدرسة بسبب قلق الانفصال سيرفض أيضاً الذهاب إلى حفلات أعياد الميلاد، بينما الطفل الذي يرفض الذهاب للمدرسة بسبب خوفه من إيذاء الأقران قد يكون سعيداً وراغباً في الذهاب إلى الحفلات.

وتشير أعراض البؤس وفقدان الأمل حتى عندما لا يكون الطفل تحت ضغط الذهاب إلى المدرسة إلى (اضطراب اكتئابي خفي).

الملامح المصاحبة (Associated features):

عوامل أسرية (Family factors):

مع عدم رغبة الطفل في الذهاب إلى المدرسة يكون هناك عادة نقص في تشجيع الوالدين للذهاب إلى المدرسة، أو على البقاء فيها، وقد يكون هذا واضحاً من خلال معاناة الطفل الظاهرة، وقد يعكس أحياناً خليطاً من ثلاث عمليات أسرية:

1 ـ عدم فاعلية تنظيم الأسرة وأساليبها التربوية. ويبدو هذا واضحاً في نقص القواعد الأسرية المفروضة، وتزيد هذه الحالات في حال غياب الأب أو انخفاض ثقافته.

2 ـ زيادة قلق الاكتناف العاطفي مع الطفل، فقد تكون الأم حريصة جداً على عدم إزعاج الطفل وغير قادرة على التعامل مع رفضه الذهاب للمدرسة بالحزم المطلوب، وقد تكون الأم أكثر سعادة أو شعوراً بالأمن ببقاء الطفل معها في المنزل طوال اليوم. وقد يكون السبب طبيعة النظرة للطفل على أنه غالي (نفيس) أو ضعيف (عرضة للأذى) بسبب تعرضه لمشكلات ولادة مبكرة على عكس توقعات الطبيب.

3 ـ صعوبة النقاش مع الهيئات الخارجية، مثل صعوبة الاتصال مع المدرسة للإشارة إلى حوادث الإيذاء أو كثرة الواجبات المدرسية، أو لطلب المساعدة في الصعوبات الانفعالية.

الذكاء والإنجازات (Intelligence and attainments):

بالنظر إلى من يرفضون الذهاب إلى المدرسة كمجموعة نجد أن معدل ذكائهم وقدراتهم التحصيلية متوسطة. وقد يواجهون بعض المشكلات في الأعمال المدرسية ولكنها ليست السبب الأساسي وراء رفض الذهاب إلى المدرسة، إن القياس الموضوعي لمستوى إنجازات الطفل (من خلال اختبارات المدرسة أو اختبارات القياس النفسي) تكون في العادة مفيدة فقط في طمأنة الطفل.

شخصية الطفل (Child's personality):

قد يكون الطفل منذ البداية هادئاً وكتوماً وعدد أصدقاءه قليل، ويعاني من عيوب شكلية بسيطة، ومن جهة أخرى فقد لا تكون شخصية الطفل السابقة لوحظت من قبل، وغالباً ما يكون هناك تاريخ من صعوبات الانفصال في بداية الذهاب إلى الحضانة أو المدرسة.

تكوين الأسرة (Family composition):

لايرتبط رفض المدرسة بحجم الأسرة، فلم تختلف نسبته في حالة الطفل الوحيد عنها في الأسرة كبيرة الحجم. والأطفال الصغار (أكثر من المتوسطين أو الكبار) أكثر عرضة لخطر رفض المدرسة.

التشخيص التفريقي (Differential diagnosis):

يظل المتغيبون عن المدرسة ليبتعدون عن المشاركة في أنشطة بديلة دون موافقة الأهل، وكان هذا سبب التغيب في عدة مدارس في السنة السابقة لتلك التي يمكن للمراهق ترك المدرسة فيها بشكل رسمي. وفي معظم الحالات يمضي

المتغيبون اليوم مع مجموعة ويجهل آباؤهم تحركاتهم هذه. يكون رفض المدرسة عادة عرض ثانوي لاضطراب انفعالي، بينما يرتبط التغيب باضطراب التصرف، ولذلك على خلاف رفض المدرسة فإن التغيب يصاحبه منبئات اضطراب التصرف، وهي أنها في الذكور أكثر والصعوبات الاجتماعية، والأسر الكبيرة، وجرائم الوالدين، والنزاع بين الزوجين، وضعف التحصيل الدراسي، وتربية غير متوافقة ونقص الإشراف. قد يسحب الوالدان أطفالهم من المدرسة أحياناً لأسباب مختلفة مثل اعتقادهم أن المدرسة غير مفيدة أو لحاجتهم للمساعدة التي يقدمها الطفل، فالأم المريضة مثلا تختار أن تبقي أحد أطفالها معها في المنزل للحصول على الرفقة أو كي تقوم بالأعمال المنزلية، والحد الفاصل بين رفض الأطفال الذهاب إلى المدرسة وبين احتفاظ الوالدين بهم ليس واضحاً، حيث غالباً ما تتسم شخصيات والدي الأطفال الذين يرفضون الذهاب إلى المدرسة بالقلق إذ يكونون قلقين وقد يكونون متآمرين مع قرار طفلهم بالبقاء في المنزل، وغالباً ما يكون المرض الجسدي السبب الأساسي للتغيب عن المدرسة ما عدا في السنة الأخيرة أو نحوها من التعليم الإلزامي حيث ترتفع معدلات التغيب. ولا يسهل دائماً التمييز بين المرض الجسدي وبين رفض الذهاب إلى المدرسة في صورة الأعراض الجسدية، ولا يمكن اعتبار تحسن الطفل في نهاية الأسبوع مؤشراً أكيداً فالمرض الحقيقي قد يتطور مع الضغوط المرتبطة بالمدرسة، ومعظم الأطفال قادرون على المبالغة في الأعراض الأساسية إذا كان هذا يساعدهم على تحقيق مصالحهم.

ظروف نفسية خفية لدى الأطفال:

(Underlying psychiatric conditions in the child):

رفض المدرسة قد تكون الشكوى الواضحة والمعبرة عن العديد من الاضطرابات النفسية حيث يحتل قلق الانفصال نسبة التشخيص الأعلى من بين هذه الاضطرابات، وتحديداً بين الأطفال الأصغرسناً، كما ينشأ رفض المدرسة في العديد عن الحالات من خليط من طفل لا يريد الانفصال عن والديه، ومن والد غير مُصرّ بشدة على الذهاب للمدرسة بسبب عدم قدرته على فرض الحدود عموماً، أو لأنه يشارك طفله قلق الانفصال.

وفي قليل من الحالات، لا يكون رفض الذهاب إلى المدرسة بسبب القلق من مغادرة المنزل، ولكن بسبب مخاوف محددة مرتبطة بالمدرسة نفسها أو برحلة الذهاب والعودة من المدرسة، قد يكون هناك مخاوف محددة من الانتقال، أو خوف من الإيذاء من الأقران، أو من المدرسين، أو أحد المواد الدراسية.

قد تكون شكوى الأطفال من المدرسة ستاراً من الدخان يخفي وراءه قلق الانفصال، ولكنها لا يجب أن تمر دون التحقق منها، ويعتبر الاكتئاب سبباً هاماً في رفض المراهقين للمدرسة رغم اتفاق نتائج الدراسات التي تناولت الموضوع على نسبة محددة له، ونادراً ما يكون الذهان سبباً في رفض المراهقين للمدرسة.

المعالجة (Treatment):

غالباً ما يكون استخدام الاتجاه السلوكي لتشجيع العودة للمدرسة (Back to school) فعالاً، خصوصاً في بداية ظهور الرفض، وعندما يحدث الرفض بصورة مفاجئة، وتكون العودة إلى نظام الدوام المدرسي الكامل ممكنة إذا تم إقناع الوالدين بأن الحزم المستمر في مصلحة الطفل، يمكن لهذا الاتجاه أن يكون فعالاً جداً فى وجود والدين يتمتعان بدافعية عالية ومدرسين داعمين، ولكن في الحالات التي تكون فيها درجة القلق عالية لدى الطفل أو الوالدين أو عندما يكون الطفل قد أمضى فترة بعيدة عن المدرسة يكون اتجاه التحصين التدريجي (Desensitization) أكثر فعالية، من خلال زيارة المدرسة في البداية لساعات محدودة تزداد إلى حد الوصول لتمضية يوم مدرسي كامل.

قد يساعد توضيح آثار نتائج الابتعاد عن المدرسة على نمو الطفل الاجتماعي للوالدين على إدراكهم لأهمية عودته للمدرسة فهم غالباً ما يكونون واعين فقط للآثار التعليمية.

يمكن أن يساعد اتجاه العلاج الأسري على وضع حدود صارمة وعلى تعلم ممارسة ضبط الطفل، وتقليل شدة التعلق به.

وعند تحول رفض المدرسة إلى مشكلة مزمنة يكون هناك بضعة عوائق ينبغي التخلص منها لإعادة الطفل إلى المدرسة. فمع مرور الوقت يزداد تأخر الطفل عن العمل المدرسي، ويجد الأصدقاء القدامى رفاقاً جدداً ليلعبوا معهم، وتزيد صعوبة

شرح أسباب الغياب الطويل لرفاق الصف ويصبح في نفس الوقت المزيد من اهتمام الوالدين بالطفل المتواجد طوال اليوم في المنزل معززاً للبقاء في المنزل. وإذا أردنا إعادة الطفل للمدرسة يجب التغلب على العوائق (مثل تدريب الطفل على تبرير مناسب لغيابه ليقدمه في الصف)، كما ينبغي إعادة التوازن بين المعززات والعقبات ليصبح الذهاب إلى المدرسة أفضل من البقاء في المنزل.

يعتبر الاتصال للتنسيق مع المدرسة أمراً أساسياً، وينبغي أن يكون المدرسون مستعدين لدعم عودة الطفل إلى المدرسة بأفضل ما يمكن من الطرق. وقد يحتاجون إلى دعم المختصين الاجتماعيين والنفسيين العاملين في المدرسة. ويؤدي تقديم تعليم منزلي خلال الفترة التي ابتعد فيها الطفل عن المدرسة إلى تقليل الضغوط على المعنيين باتخاذ قرار حازم لعودة الطفل إلى المدرسة، كما أنه يضفي شرعية على بقاء الطفل في المدرسة. وإذا تأخرت عودة الطفل للمدرسة يكون حضوره لوحدة تعليمية مع أطفال آخرين حلاً فاصلاً. ويرى كثير من الآباء والأطفال أن تغيير المدرسة هو الحل المناسب، ولكن هذا العمل نادراً ما يكون صحيحاً بالفعل، ذلك أن إجراءات نقل الطفل إلى مدرسة جديدة تعطل تطبيق حلول أكثر نفعاً. عندما تكون بعض العوامل المدرسية مؤثرة مثل التعرض للإيذاء من الأقران، ينبغي إعطاء المدرسة فرصة لتجاوز المشكلة بدل التوجه مباشرة نحو فكرة الانتقال من المدرسة.

لا تؤيد الدلائل عموماً فكرة وصف الدواء للتغلب على مشكلة رفض المدرسة الناتج عن اضطراب قلق الانفصال. أحد احتمالات استخدام الدواء تكون مع المراهقين ممن يرافق رفضهم الذهاب إلى المدرسة نوبات قلق، ولم تتضح قيمة تعاطي الدواء عندما يكون الاكتئاب هو السبب وراء رفض المدرسة، فكما سيُناقش لاحقاً (الفصل العاشر)، فإن مضادات الاكتئاب التقليدية غير فعالة في معالجة اكتئاب الطفولة والمراهقة، كما هناك شكوك حول فاعلية بعض مثبطات استرداد السيروتونين [(Selective serotonin reuptake inhibitors) (SSRIs)].

وتقديم المعالجة للطفل كمريض داخل المستشفى تكون مناسبة أحياناً حين

تكون مشكلة الطفل شديدة، ولا تستجيب لصور العلاج الأخرى، أو عندما يعمل المناخ الأسري على استمرار الاضطراب ويعيق تطبيق معالجة فعالة.

المآل (Prognosis):

تظهر الدراسات اختلاف الأرقام بين الحالات الحادة، ولكن معدل نجاح العودة إلى المدرسة يصل إلى 70٪ وأكثر، وتزيد هذه المعدلات كلما كان الطفل أصغر سناً، والأعراض أقل حدة، وتم تقديم الخدمات مبكراً، ولكن حتى مع نجاح العودة للمدرسة تستمر عادة بعض المشكلات في العلاقات وبعض الأعراض الانفعالية، ورغم أن رافضي الذهاب إلى المدرسة ينتهون كراشدين طبيعيين، إلاّ أن علاقاتهم الاجتماعية تكون محدودة غالباً، ويعاني ثلثهم من اضطرابات انفعالية، وقلة منهم فقط تظهر لديهم أعراض (رهاب الخلاء)، أو يصبحون غير قادرين على الذهاب للعمل.

الفصل التاسع

اضطرابات القلق

Anxiety disorders

تتجمع غالباً مسببات القلق، والمخاوف والقلق معاً، ويرافقها شكاوى جسدية في العديد من الحالات. ومع التداخل الموجود بين الحالات تم تجميع الأطفال الذين يعانون من مخاوف اجتماعية معيقة ومشاعر قلق وبؤس ضمن فئة واسعة من اضطرابات الطفولة الانفعالية. وكان مؤيدو التقسيم أكثر تأثيراً عبر (15-20) عاماً الماضية، ولهم دور كبير في تحديد عدد كبير من اضطرابات القلق النوعية والاكتئاب الموجودة في التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) وتصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) وهذه المحاولات التي سعت لزيادة دقة التشخيص كان لها آثار سلبية، فبعض الأطفال لا تنطبق عليهم تماماً أي مجموعة من معايير التشخيص الإجرائية والبعض الآخر ممن لديهم طيف واسع من الأعراض تنطبق عليهم مسميات عديدة.

الوبائيات (Epidemiology):

يعاني حوالي 4-8٪ من الأطفال والمراهقين من اضطرابات قلق حقيقية تسبب لهم المعاناة أو تؤثر على حياتهم اليومية، وهذا يجعل القلق الاضطراب الثاني من حيث الانتشار من بين اضطرابات الأطفال النفسية (الثاني من بين الاضطرابات السلوكية ولكنه يسبق اضطرابات فرط النشاط و(الاكتئاب). في مقابل كل طفل يعاني من اضطراب القلق، هناك عدة أطفال في المجتمع يعانون من مخاوف وقلق اجتماعي، ولكن لا يتم تصنيفهم كمضطربين، لأن أعراضهم لا تسبب لهم معاناة، ولا تؤثر على أدائهم الاجتماعي. وتختلف نسبة القلق في الأعمار وبين الجنسين تبعاً لنوع اضطراب القلق

الأسباب (Causation):

ينتشر اضطراب القلق بين بعض الأسر، فالوالدان المصابان غالباً ما يُصاب أولادهم والعكس صحيح. أثبتت دراسات التوائم تأثير أولي متوسط للوراثة رغم عدم توضيحها لما هو موروث وهل هو الاستعداد والقابلية للإصابة بالقلق أم مجرد خطر الإصابة بنوع معين من اضطراب القلق (أو حتى الاضطرابات الانفعالية عامة بما فيها الاكتئاب والقلق). انتقال الاضطراب من الوالدين للأولاد من خلال التعلم والمحاكاة أمر قد يكون ذا أهمية.

ترتبط أحداث الحياة المثيرة والنادرة باضطراب الكرب التالي للصدمة (Post-traumatic stress disorder). وقد ترتبط أشكال أخرى من الأحداث السيئة في الحياة باضطراب القلق مثل الانفصال عن صديق مفضل، أو المرور بضائقة مالية بسبب بطالة الوالد، أو انفصال الوالدين، أو طلاقهما. قد يستطيع الطفل التعامل مع واحدة من هذه الأحداث ولكن قد يظهر عليه اضطراب انفعالي عند تعرضه لمثيرات متعددة من هذه الفئة في الوقت نفسه أو بتعاقب سريع؛ مما يوضح أهمية الانتباه لأثر تراكم خبرات الحياة.

تقترح عدة نظريات أن القلق يحدث بسبب معايشة تهديد أو إبعاد (بينما يحدث الاكتئاب بسبب المرور بخبرة فقد). ويرى بولبي (Bowlby) استناداً إلى نظرية الارتباط (انظر فصل 28). إن القلق وقلق الانفصال تحديداً ينشئان من التهديد بخطر الانفصال، أو الانفصال الفعلي عن الشخصيات التي يرتبط بها الطفل (مثلاً عندما يعاقب الوالدان طفلهما بالتهديد بإبعادهم).

تصيغ نظريات الديناميكات النفسية التهديد من خلال الصراعات النفسية الداخلية. تشرح نظرية الاشراط التقليدي (الكلاسيكي) كيفية ربط المثير المحايد في الأساس بخبرة مخيفة ليصبح هو نفسه قادراً على إثارة الخوف، وتتنبأ نظرية الاشراط الإجرائي بالتالي بمحاولة تجنب هذه المثيرات (وذلك للتخلص من احتمالية التعرض الطبيعي للمثيرات وبالتالي إيقاف الخوف).

قد يكون للمزاج (Temperament) أثر في نشأة القلق، تشير الدراسات بأن الأطفال الخجولين والرضع والدارجين الحساسين بطبيعتهم يكونون مهددين بخطر الإصابة بالقلق فيما بعد.

المآل المرضي (Prognosis):

لا تستمر غالباً اضطرابات القلق من الطفولة إلى الرشد مثل الاضطرابات السلوكية، ولكنها بالتأكيد لا تنتهي بشكل عابر وحتمي. تشير الدراسات التوقعية أن بعض الأطفال والمراهقين ممن يعانون من اضطرابات القلق سيعانون على الأقل من واحد من أشكال القلق كراشدين، وبعضهم سيصابون باضطرابات اكتئابية. وتشير الدراسات بأثر رجعي كذلك بأن نسبة كبيرة من الراشدين المصابين باضطرابات القلق والاكتئاب عانوا في طفولتهم من اضطرابات القلق.

تنوع اضطرابات القلق (Varieties of anxiety disorder):

هناك ثلاثة أنواع شائعة من اضطرابات القلق وهي المخاوف المحددة (Specific phobias)، واضطراب قلق الانفصال (Separation anxiety)، واضطراب القلق المعمم (Generalized anxiety disorder)، أما اضطراب التجنب (Avoidant disorder) واضطراب الذعر (panic disorder) فيكون أقل شيوعاً، وكذلك اضطراب الكرب التالي للصدمة (راجع فصل 12).

المخاوف (الرهاب) النوعية (specific phobias):

الملامح المميزة (Characteristic features):

يشيع في الطفولة الخوف من مثيرات ظرفية، وهناك مخاوف مختلفة تظهر في أعمار محددة فمثلاً الخوف من الحيوانات يظهر في العمر ما بين 2-4 سنوات، بينما يظهر الخوف من الظلام والمخلوقات المخيفة بين 4-6 سنوات، ويشيع في المراهقة الخوف من الحروب والموت. يستلزم تشخيص الخوف النوعي أن تؤدي مشاعر الخوف إلى الشعور بالمعاناة وتجنب المثيرات بدرجة تؤثر على حياة الطفل،

الخوف من الكلاب مثلاً أمر شائع بين الأطفال ولا يحتاج إلى تدخل أو تشخيص كاضطراب إلا عندما يشعر الطفل بخوف شديد، ولفترة طويلة أو أن يؤدي خوف الطفل من الكلاب إلى تقييد حركته وتفاعله الاجتماعي، مثل رفض الذهاب إلى الحديقة أو رفض الذهاب إلى منازل الأصدقاء الذين لديهم كلاب. يجب أن يشمل تعريف الرهاب المرضي مخاوف غير منطقية أو مبالغ فيها ولكن الأطفال يفتقرون للنضج المعرفي الذي يمكنهم من إدراك عدم منطقية مخاوفهم.

الوبائيات (Epidemiology):

يعاني حوالي 1٪ من الأطفال والمراهقين من مخاوف محددة (Specific phobia)، وتُظهِر الإناث مخاوف أكثر من الذكور في مختلف الأعمار ولكن الفرق بين الجنسين في المخاوف المحددة يكون بسيطاً، ومع ذلك تبقى نسبته أعلى لدى الإناث، ويعاني الأطفال من المخاوف أكثر من المراهقين إلا أن نسبة الزيادة قليلة جداً في حالة المخاوف المحددة.

المعالجة (Treatment):

تُعتبر جميع الأساليب المعرفية مفيدة في معالجة مخاوف الأطفال مثل (تقليل الحساسية التدريجي)، والتدريب على التعامل مع الطوارئ، وتزيد فاعليتها عندما يُستَعان بالوالدين كمعالجين مساعدين، فعلى سبيل المثال، يمكن تعليم الوالدين عرض المثير بشكل تدريجي بين الجلسات العلاجية كواجب منزلي وتعديل حدة المثير إلى الحد الذي يستطيع الطفل تحمله. المراهقون أقدر على التعامل مع واجباتهم المنزلية العلاجية، ولكن هذا لا يقلل من قيمة تعاون الوالدين في العلاج حتى في هذه المرحلة العمرية.

المسار (Course):

عادة تكون المخاوف البسيطة عابرة، بينما تستمر المخاوف المرضية الحقيقية (وخصوصاً الحادة منها) لفترات أطول وقد تبقى حتى مرحلة الرشد.

اضطراب قلق الانفصال (Separation anxiety disorder):

يبدأ قلق الانفصال عن الوالدين وغيرهم من الشخصيات التي يرتبط بها الطفل منذ الشهر السادس تقريباً، ويستمر طوال سنوات ما قبل المدرسة، ويتلاشى تدريجياً مع اكتساب الطفل القدرة للمحافظة على من يرتبط بهم والأمان الذي يقدمونه نفسياً ومعنوياً حتى في حال غيابهم المادي. يتم تشخيص اضطراب قلق الانفصال عندما تكون حدة قلق الانفصال شديدة وغير ملائمة من الناحية النمائية، وتؤدي إلى فقدان الكفاءة الاجتماعية مثل رفض الذهاب إلى المدرسة، تشمل معايير التصنيف الدولي (ICD-10) الظهور المبكر (قبل عمر السادسة) بينما معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) تسمح بتشخيص الاضطراب إذا ظهرت الأعراض في أي عمر قبل الثامنة العشرة.

الأسباب (Causation):

تُعتبر كل من العوامل البنائية والبيئة الأسرية أموراً هامة، ويظهر تأثير أساليب التفاعل الأبوية من خلال تقديم نماذج استبعادية أو سلوكيات قلقة من خلال الحماية الزائدة، وتوليد القلق من خلال أساليب التربية القاسية، والتي قد تشمل التهديد بالترك والعجز عن تهدئة الأطفال بطريقة مناسبة عند شعورهم بالقلق.

الملامح المميزة (Characteristic features):

يشعر الأطفال المصابون بصورة غير واقعية بأن والديهم قد يتعرضان للضرر، أو أنهما سيغادران بلا عودة، كما يشعر هؤلاء الأطفال بالقلق على أنفسهم فيخافون من الضياع، أو من الخطف، أو من دخول المستشفى، أو من الانفصال عن والديهم لأي أسباب كارثية، وقد تظهر هذه المخاوف كمواضيع لكوابيس ليلية متكررة. قد يتعلق هؤلاء الأطفال بوالديهم حتى في المنزل فيتبعون مثلاً الوالد من غرفة إلى أخرى، قد تكون هناك مقاومة أو رفض للذهاب إلى المدرسة، أو للنوم بمفردهم، أو النوم خارج المنزل. يؤدي الانفصال أو الشروع فيه إلى التوسل بالدموع، ونوبات غضب، أو شكاوى جسدية مثل الصداع والغثيان وآلام المعدة.

الوبائيات (Epidemiology):

يصيب اضطراب قلق الانفصال حوالي 1-2٪ من الصغار عموماً، وهو أكثر شيوعاً بين الأطفال قبل البلوغ عنه بين المراهقين، ونسبته تقريباً متساوية بين الذكور والإناث.

المعالجة (Treatment):

يمكن استخدام الأساليب السلوكية الإجرائية لتعديل التوازن بين المعززات والعقبات التي تعزز التعلق بدلاً من الانفصال. قد يكون التعرض التدريجي للانفصال مفيداً، وقد يكون هناك مكان للعلاج المعرفي من خلال تعليم الطفل طرق التعامل من خلال استخدام عبارات الحديث الذاتي وتوجيه الذات. وقد يتم تعزيز قلق الطفل أحياناً من خلال رغبة الوالدين في التواجد المستمر معه، ومن خلال قلق الوالدين أنفسهم، أو من خلال التقليل من قدرة أطفالهم على الاستقلال، وجميعها مواضيع يمكن التركيز عليها أثناء التعامل مع الوالدين أو مع الأسرة ككل، وتشجيع الوالدين ليقوموا بخطوات عملية لزيادة شعور طفلهم بالأمن مثل التوضيح، وشرح أسباب الانفصال عن الطفل عند تركه لفترة في كنف جليس الأطفال، لا توجد أدلة مؤيدة على فاعلية مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة [Tricyclic أو البنزوديازيبينات (Benzodiazepines)]، وهناك أدلة محدودة على فعالية بعض مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) في التخفيف من الأعراض، ولكن من غير المعروف قيمة هذا التغيير بعد التوقف عن تعاطي الدواء.

المسار (Course):

يعاني بعض الأطفال من حالات مزمنة، ولكن منخفضة المستوى من قلق الانفصال يقطعها نوبات من قلق مستثار (عالي)، مثلاً يعمل على ترسبها بعض الأحداث مثل تغيير المدرسة أو مرض أحد الوالدين. ومع التقدم في العمر قد يستبدل قلق الانفصال بأنواع أخرى من القلق من فئة (اضطراب القلق المعمم)، ومن غير الواضح استمراره مع (الخوف من الأماكن المرتفعة) أو (اضطراب الذعر).

اضطراب القلق المعمم (Generalized anxiety disorder):

تم تعديل معيار تشخيص اضطراب القلق للكبار في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) قليلاً كي يتناسب مع الأطفال، بحيث يتطلب أعراضاً جسدية أقل، ورغم أن التصنيف الدولي (ICD-10) للقلق المعمم يتطلب أعراضاً جسدية عديدة إلا أن هناك مجموعة بديلة من الأعراض للاستخدام مع الأطفال والمراهقين وهي من الأساس تتطلب أعراضاً أقل.

الملامح المميزة (Characteristic features):

يعاني الأطفال والمراهقون المصابون باضطراب القلق المعمم من القلق الدائم، ولا يقتصر قلقهم على موضوع أو موقف محدد. أما القلقون التقليديون فتدور مخاوفهم حول المستقبل، وعلى سلوكيات سابقة، وحول الكفاءة والمظهر الشخصي، ويصاحب عادة هذه المخاوف توتر وضعف القدرة على الاسترخاء، والتمركز حول الذات والوعي الزائد بالذات، والحاجة لتكرير الطمأنة، وشكاوى جسدية مثل الصداع وآلام المعدة، ولا بد أن ينتج عن هذه الأعراض معاناة حقيقية وخلل اجتماعي.

الوبائيات (Epidemiology):

تبلغ نسبة المصابين حوالي 1-2٪ من الصغار، وتزيد النسبة بين المراهقين عنها لدى الأطفال قبل البلوغ، وتزيد نسبته قليلاً بين الإناث عنها لدى الذكور. وينطبق على الأطفال المصابين باضطراب القلق المعمم معايير اضطرابات أخرى من التصنيف الدولي (ICD-10) والدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV)، خصوصاً ما يرتبط بقلق الانفصال والاكتئاب والمخاوف المحددة.

المعالجة (Treatment):

تُعتبر مساعدة الوالدين والمدرسين هامة في خفض الضغوط غير الضرورية

التي يمكن تجنبها في حياة الأطفال، وقد يكون من المفيد تعليم الصغار (وباقي الأسرة أحياناً) استراتيجيات معرفية سلوكية للتعامل مع باقي الضغوط. لا يوجد تأييد عالي للأدوية رغم وجود بعض الحالات الإكلينيكية، ونتائج بعض الأبحاث التي أظهرت فاعلية تعاطي بعض مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) في خفض الأعراض أثناء فترة تعاطي الدواء، أما في الوقت الحالي فإن الجمع بين الأساليب المعرفية السلوكية واستراتيجيات خفض القلق تقدم أفضل النتائج لمعالجة فعالة طويلة المدى.

المسار (Course):

تستمر الأعراض عادة لسنوات وقد تمتد إلى مرحلة الرشد ويصاحبها أحياناً اكتئاب

اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة

(Social anxiety disorder of childhood):

لا يوجد لهذا التشخيص في التصنيف الدولى (ICD-10)، ولا في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) لكن هناك فئة مناظرة في الصورة التجريبية الثالثة (DSM-III-R) تسمى (اضطراب اجتنابي) (Avoidant disorder)، يمكن النظر لهذه الحالة على أنها استمرار ومبالغة لمرحلة القلق الطبيعي من الغرباء (والتي تستمر حتى 30 شهراً في الأطفال الطبيعيين). تكون علاقات الأطفال المصابين طبيعية مع أفراد أسرتهم وغيرهم من الأفراد المألوفين، ولكن يبدو عليهم تجنب واضح للتعامل مع الأفراد غير المألوفين؛ مما يؤدي إلى خلل اجتماعي (مثلاً في العلاقة مع الرفاق) وقد يبقون غير متأكدين (واثقين)، ويعانون من خلل اجتماعي حتى مرحلة المراهقة، أو قد يتحسنون بشكل تلقائي. من غير الواضح حالياً جدوى تصنيف هؤلاء الأطفال كمصابين باضطراب القلق في مقابل اعتبارهم شخصيات خجولة بدرجة متطرفة، فنجد من الناحية العملية أن العديد من هؤلاء الأطفال تنطبق عليهم معايير اضطراب قلق أخرى وغالباً هي

معايير اضطراب القلق المعمم، ورغم أن اضطراب القلق الاجتماعي يختلف بوضوح عن الرهاب الاجتماعي (Social phobia)، (فالمخاوف الاجتماعية تظهر عادة في منتصف المراهقة، وتشمل مخاوف من الفحص العلني والإهانة)، وقد تنشأ المخاوف الاجتماعية عن خلفية طويلة في الطفولة من الخجل والتثبيط، ويشير هذا إلى أن اضطراب القلق الاجتماعي قد يتطور إلى مخاوف اجتماعية نمطية أحياناً أما علاقته مع اضطراب الشخصية التجنبية في الرشد فهي غير واضحة.

اضطراب الذعر (Panic disorder):

إن السِّمة المميزة لاضطراب الذعر، والتي قد يصاحبها أو لا يصاحبها خوف من الأماكن المتسعة هو وجود نوبات هلع، والتي يظهر بعضها دون توقع بغير وجود أي عوامل مسببة واضحة. أعلى نسبة ظهور لهذا الاضطراب تكون بدايته في عمر (15-19) سنة، أما نوبات الذعر فهي نادرة أو غير موجودة قبل البلوغ، ويشعر الفرد خلال النوبة بخوف عميق من خطر وشيك أو كارثة أو موت يصاحبها خليط من الأعراض الجسدية مثل التعرق، وتسارع في ضربات القلب، أو سرعة التنفس، وتشمل خيارات العلاج مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة والعلاج المعرفي.

الفصل العاشر

الاكتئاب والهوس

Depression and Mania

الاكتئاب (Depression) :

يشير مصطلح الاكتئاب إما إلى عرض واحد، أو إلى مجموعة من الأعراض، أو الاضطراب.

الاكتئاب كعرض واحد (Depression as a single symptom):

تشير الدراسات الوبائية إلى أن العديد من الأطفال يعانون من البؤس. ففي دراسة جزيرة رايت وُجِدَ أن حوالي 10٪ ممن يبلغون العاشرة من العمر بوساء (Miserable) حسب تقدير آبائهم، بينما ظهر أن حوالي 40٪ ممن هم في الرابعة عشر من العمر كانوا بائسين حسب تقديرهم لأنفسهم (15٪ منهم كان يبدو الحزن عليهم أثناء المقابلة). وبين الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات النفسية كان عرض الحزن هو الأكثر شيوعاً (شائع بين الأطفال المصابين باضطراب السلوك والمصابين باضطرابات انفعالية).

ومن غير المؤكد إذا كان الاكتئاب كعرض يختلف عن الشعور العادي بالحزن من حيث النوع أو أنه فقط اختلاف في الدرجة، أما الملامح التفريقية الممكنة بين الحزن الطبيعي وبين الاكتئاب غير الطبيعي تشمل الحدة، والاستمرارية، وطبيعة المزاج، أي أن يصف الطفل مزاجه بأنه مختلف عن الحزن العادي اختلافاً نوعياً.

الاكتئاب كعرض مجموعي

(Depression as a symptom cluster):

تكون أعراض الاكتئاب عند الراشدين والمراهقين أحياناً جزءاً من تجمع على نطاق أوسع لأعراض عاطفية، ومعرفية، وسلوكية، ويصاحب هذه الأعراض انخفاض أو فقدان القدرة على الشعور بالسعادة وانعدام التلذذ (Anhedonia)، وانخفاض مفهوم الذات، ولوم الذات، والشعور بالذنب، والعجز، وفقدان الأمل، وأفكار وأفعال انتحارية، وفقدان الطاقة، وضعف التركيز، وعدم الاستقرار، وتغير في الشهية والوزن والنوم. ومجموعة أعراض الاكتئاب ليست بالضرورة غير طبيعية فقد تكون على سبيل المثال جزءاً من عملية الحزن الطبيعية.

الاكتئاب كاضطراب (Depression as a disorder):

متى يجب وصف طفل يعاني من مجموعة أعراض الاكتئاب بأنه يعاني من اضطراب الاكتئاب؟ أصبح المعيار أقل صرامة في العقدين الماضيين، وبالتالي ارتفعت معدلات تشخيص الاكتئاب. تصنيف الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM-IV) والنسخة المراجعة من الدليل الدولي (ICD-10) يحددان وجوب استمرار الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل لتكوين نوبة اكتئابية، مع ظهور الأعراض الأساسية في معظم ساعات اليوم وفي معظم هذه الأيام، وترى بعض التعريفات أن الاضطراب يكون فقط عندما تؤثر الأعراض الاكتئابية على الكفاءة (القدرات) الاجتماعية، بالإضافة إلى المعاناة والضيق، وهو معيار إضافي مفيد في توضيح الحدود الفاصلة بين الطبيعي وغير الطبيعي، ولكن يؤخذ علي هذا التعريف أنه يستثني من الأطفال أولئك الذين يتدبرون بطريقة ما القيام بواجبات حياتهم اليومية رغم ما تسببه لهم أعراضهم الاكتئابية من معاناة وضيق شديد، وهناك بعض الأطفال الذين لا تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب الاكتئاب بالكامل يعانون بالفعل من أعراض اكتئابية كجانب من اضطراب انفعالي غير محدد

نسبياً، ويشمل أيضاً على أعراض القلق، أو الخوف، أو الوسواس، وهؤلاء الأطفال يتواجدون بكثرة، ولكن نظام التشخيص الحالي لا يصنفهم. والعرف السائد أنه لا يتم تشخيص الاكتئاب إذا انطبق على الطفل معايير تشخيص الفصام.

ملامح الاكتئاب في المراحل العمرية المختلفة (Features of depression at different ages):

يعاني الأطفال دون الخامسة من اليأس عند انفصالهم عن المقربين منهم ولكنه من غير الواضح ما إذا كان هذا اليأس يوازي الاكتئاب. يعاني الأطفال منذ الثامنة تقريباً من اضطرابات اكتئابية تشبه ظاهرياً الاضطرابات الاكتئابية لدى الراشدين، ويسمح هذا التشابه بأن يشخص الأطفال بنفس معايير تشخيص الراشدين دون تعديلها (أو بتعديل بسيط)، وتنخفض بين الأطفال أعراض قلة النوم والشهية عنها لدى الراشدين، ويقل الشعور بالذنب والعجز لدى الأطفال عنه لدى المراهقين والراشدين (وذلك قد يعكس درجة التعقيد المعرفي المطلوبة للشعور بالذنب أو العجز). كما أن خطط الأطفال الانتحارية مميتة بدرجة أقل من خطط المراهقين والراشدين المكتئبين، مثل محاولة الغرق من خلال تغطيس الرأس تحت الماء أثناء الاستحمام. والواقع أنه يجب الاستفسار دائماً عن الشكاوى الجسدية، فهي قد تكون القاعدة وليس الاستثناء كما أنها قد لا تكون ببساطة بسبب القلق المصاحب.

مكافئ الاكتئاب (Depressive equivalents):

تقترح إحدى وجهات النظر أن العديد من اضطرابات الطفل النفسية والممتدة من سلس البول (Enuresis) إلى اضطراب التصرف توازي الاكتئاب في الرشد حتى وإن لم يبدو الطفل بائساً وحزيناً في الطفولة. ولكن لا توجد أدلة صحيحة تثبت صحة وجهة النظر هذه، كما أن الأطفال لا يجب أن يشخصوا كمكتئبين في غياب الأعراض الوجدانية.

الوبائيات (Epidemiology):

وُجِدَت دراسة في جزيرة وايت (Isle of Wight) أن 0.2٪ ممن يبلغون العاشرة، و2٪ ممن يبلغون الرابعة عشر مكتئبون، ولكن أشارت دراسات أحدث إلى معدلات أعلى بالإضافة إلى ظهور نوبات اكتئابية أساسية في أي عمر لدى 1٪ بين الأطفال قبل البلوغ، وحوالي 1- 5٪ بين المراهقين، ويبدو ارتفاع النسبة في المراهقة أكثر ارتباطاً بحالة البلوغ من قضية العمر. تشير الدراسات التي تعتمد بشكل أساسي على تقارير (الوالدين والمدرسين) إلى معدلات أقل من الاكتئاب عن تلك التي تعتمد على تقارير الأطفال والمراهقين، وما زال التأثير بعيد المدى لحالة البؤس والحزن الداخلي عند الأطفال وغير الواضح للوالدين والمدرسين غير مؤكد. ورجحان الاكتئاب لدى الإناث الذى نرصده فى سن الرشد موجود من منتصف أو نهاية المراهقة، وبينما يصل معدل الاكتئاب بين الجنسين إلى 1:1 قبل البلوغ، وقد يكون هناك زيادة بسيطة بين الذكور.

وهناك تناقص بين نتائج الدراسات التي تبحث ارتباط الاكتئاب بالحرمان الاجتماعي رغم شيوع الفكرة.

وتشير الدلائل عبر العقود القليلة الماضية إلى ارتفاع معدل الاكتئاب في الطفولة مع انخفاض عمر البداية، وهذا الميل قد يكون حقيقياً وليس فقط بسبب تحسن طرق الملاحظة أو قلة صرامة معايير التشخيص.

التصنيف (Classification):

الأطفال والمراهقون الذين لديهم أعراض اكتئابية ملحة بحيث تنطبق عليهم معايير النوبة الاكتئابية يمكن أن يحصلوا على تشخيصات مختلفة اعتماداً على عدد النوبات التي مروا بها، وإذا ما كان قد سبق لهم ظهور الهوس أو أعراض متعلقة به أو نوبات مختلطة، وهكذا فإن الأطفال الذين تعرضوا لنوبتين اكتئابيتين

رئيسيتين أو أكثر دون هوس ودون أعرض هوسية ولا مختلطة يمكن أن يُصنَفوا حسب تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) على أن لديهم اضطراب اكتئابي رئيسي متكرر.

والأطفال الذين يعانون من أعراض أقل قد تنطبق عليهم معايير تشخيص الاكتئاب الجزئي، أو اضطراب التوافق مع وجود مزاج اكتئابي. ويشمل الاكتئاب الجزئي أعراضاً بسيطة مزمنة تستمر لمدة عام على الأقل (بينما المدة المحددة للراشدين هي عامان).

يتم تشخيص الحالة كاضطراب توافق (تلاؤم) إذا ظهرت الأعراض بعد كرب محدد [خلال شهر بناءً على التصنيف الدولي (ICD-10) وخلال ثلاثة أشهر حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) ولاتستمر بعد السبب الضاغط لأكثر من ستة أشهر].

الملامح المصاحبة (Associated features):

1 ـ **الترافق (comorbidity)**: أكثر من 50٪ من الأطفال في عينات دراسات الدراسات الوبائية كان لديهم أيضاً على الأقل اضطراب نفسي آخر (عادة ما يكون قلقاً أو اضطراب سلوكي)، ويكون معدل الترافق أعلى لدى العينات التي تتردد على العيادات.

2 ـ **صعوبات في الصداقة**: وهي شائعة أثناء نوبات الاكتئاب وقد تسبقها (وقد تتنبأ بها).

3 ـ **ملامح بيولوجية**: لا تُظهِر الدراسات حول النوم في الصغار تلك النوعية من الاضطرابات التي تظهرها الدراسات عند الراشدين (وهذه الاضطرابات غير واضحة أيضاً لدى صغار الراشدين).وقد ظهر وجود مستويات عالية من الكوليسترول أثناء الليل مع انخفاض مثبطات الديكساميتازُون الخارجي، ولكن مثل هذه التغيرات يمكن أن تظهر أيضاً في الاضطرابات النفسية الأخرى للأطفال أو بعد التعرض لكرب شديد.

التشخيص التفريقي (Differential diagnosis):

1 ـ **الحزن العادي،** متضمناً ما يبدو في حالات العزاء [رغم أن تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) يسمح بتشخيص نوبة اكتئابية إذا استمرت مجموعة الأعراض الاكتئابية لمدة تزيد عن شهرين بعد فاجعة وفاة إذا كانت الأعراض حادة جداً، ويصاحبها على سبيل المثال أفكار انتحارية، أو أعراض ذهانية، أو خلل واضح في الأداء].

2 ـ **البؤس،** اعتباره عرض لاضطراب نفسي آخر دون وجود الملامح الوجدانية والمعرفية والسلوكية الإضافية اللازمة لتشخيص اضطراب اكتئابي حقيقي (لكن كن حذراً من الخطر المعاكس وهو عدم تشخيص الاكتئاب المشترك مع اضطرابات أخرى لدى الأطفال).

الأسباب (Causation):

يسري الاكتئاب في بعض الأسر، فبعض الأطفال المكتئبين يكون غالباً لديهم أخوة أو والدان يعانيان من نفس الاضطراب أكثر من الأطفال المصابين بأي اضطراب نفسي آخر. كما تتزايد احتمالية الإصابة بالاكتئاب في حالة إذا كان آباؤهم مكتئبين. إن الأهمية النسبية للجينات أو تأثير البيئة غير مؤكد في انتقال الاكتئاب، ولكن تشير الدراسات التي أُجريَت على التوائم إلى دور متوسط للوراثة، ولكن هذا لم يظهر مرة أخرى في الدراسات التي أُجريَت على أطفال التبني.

وهناك دلائل أولية على أن الإستعداد الجيني للاكتئاب قد يعمل من خلال زيادة القابلية للإيذاء عند الطفل تجاه أحداث الحياة السلبية وغير السعيدة، مع احتمال وجود تفاعل بين الجينات والبيئة.

المعالجة (Treatment):

تستخدم في العادة وسائل العلاج الأسري، والاتصال بالمدرسة، والعلاج الفردي الداعم من أجل تغيير تلك العوامل التي يُعتَقد أنها تساهم في زيادة

مستويات الكرب (الضغوط)، وهذه الوسائل المقبولة تلقائياً تنطبق كذلك على الأطفال الذين لديهم اضطرابات انفعالية واسعة بمكونات اكتئابية.

يتزايد الاهتمام بالعلاج المعرفي السلوكي [(Cognitive-Behavioural Therapy)(CBT)] والعلاج النفسي الشخصي الداخلي [(Interpersonal Therapy) (IPT)] والتي ستناقش في (فصل 36).

المحتوى المعرفي للعلاج المعرفي السلوكي (CBT) مصمم لتغيير الأفكار السلبية، وزيادة تقدير الذات، وتحسين مهارات التعامل. إما المحتوى السلوكي والذي يتساوى في الأهمية مع المحتوى المعرفي فقد صُمِمَ كي يحسن من انخراط اشتراك الصغار في الانشطة الطبيعية المجزية والمفيدة، وقد يتم تقديم تدريب على المهارات الاجتماعية، والمساعدة في علاج صعوبات التعلم.

ورغم منطقية هذه التدخلات النفسية الاجتماعية ما زالت عمليات تقييم فعاليتها بطرق مقننة في بداياتها بعد تطبيقها بطريقة تجريبية للتمييز بين الهدأة الطبيعية، وأثر الغفل غير المحدد وآثار معالجة محددة. وتظهر النتائج الأولية بعض التأثيرات، فالتحليل الفوقي (Meta-analysis) للتجربة العشوائية السادسة للعلاج المعرفي السلوكي للصغار المشخصين عيادياً كمكتئبين أظهر أن العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى تحسن تقريباً يبلغ ضعفي ما يحققه العلاج بالاسترخاء أو عدم العلاج. وكذلك أظهرت دراسة عشوائية لآثار العلاج النفسي الشخصي الداخلي(IPT) تحسن هام مقارنة مع الإرشاد غير الموجه، ولم تظهر أربع تجارب على فائدة الإرشاد الأسري أي تحسن، وما زال تأثير الدواء موضع جدال: يظهر التحليل الفوقي لتجربة ثنائية حول مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أن استخدامها يؤدي لتحسن قليل أو لا يؤثر على الأطفال والمراهقين. هناك دلائل قليلة من التجارب العيادية تفضل مثبطات استرداد السيروتونين، مثل (الفلوكستين) ضمن هذه الفئة العمرية، ولكنه من غير الواضح ما إذا كانت الفوائد تستحق تحمل الآثار الإيجابية الممكنة مثل زيادة خطر إيذاء الذات أو الانتحار، والحكومة البريطانية لا تؤيد استخدام مثبطات استرداد السيروتونين ما عدا الفلوكستين للأطفال والمراهقين المكتئبين، ورغم قناعة المعالجين الإكلينيكيين.

بفاعلية الأدوية ثلاثية الحلقات في معالجة الأطفال والمراهقين المصابين بإكتئاب حاد فإنهم يفضلون استخدام الفلوكستين لو كانت المعالجة الدوائية هي الخيار المطروح. بالنسبة للاضطرابات ثنائية القطبين (Bipolar)، فإن استخدام عقار الليثيوم له فاعلية في معالجة الصغار تناظر فاعليته في علاج الراشدين، ويمكن أيضاً استخدام الكربامازيبين (Carbamazepine)، أو فالبورات الصوديوم (Sodium valproate) لمعالجة الاكتئاب الشديد المقاوم للعلاج، ويعالج أحياناً باستعمال توليفة من الأدوية المختلفة أو باستخدام العلاج بالتشنجات الكهربائية (ECT)، وهي أساليب يجب استخدامها فقط من خلال المراكز المتخصصة.

وفي ضوء انعدام المعرفة الراهنة حول المعالجة النفسية والدوائية للاكتئاب كيف يمكن معالجة المكتئبين الصغار والتعامل معهم؟ في حالات الاكتئاب البسيطة يكون عادة تقديم الدعم وخفض الكرب علاجاً فعالاً ومفيداً. أما الاكتئاب المتوسط فيكون التعامل معه بخطة ثلاثية الخطوات فعالة في التعامل معه: جرب أولاً تقديم الدعم وتخفيض الضغوط، وفي حالة فشله جرب العلاج المعرفي السلوكي، أو العلاج النفسي الشخصي الداخلي، وفي حال فشله يمكنك أن تجرب استخدام عقار الفلوكستين كخطوة ثالثة. وفي حالات الاكتئاب الشديد يُفضَل الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي (أو العلاج النفسي الشخصي الداخلي) وعقار الفلوكستين من البداية. والإدخال إلى المستشفى للمعالجة ضروري عند ظهور الميول الانتحارية والأعراض الذهانية أو رفض الطعام والشراب. يفضل استمرار المعالجة الناجحة دوائية أو نفسية فيما عدا حالات الاكتئاب البسيط لمدة تستمر ستة أشهر بعد هدأة الأعراض لمنع التراجع السريع.

المآل المرضي(Prognosis):

يستمر عادةً اضطراب التوافق مع المزاج الاكتئابي لبضعة أشهر، ولا يظهر ثانيةً، بينما تستمر النوبة الاكتئابية الحادة عادةً من ستة إلى تسعة أشهر، وغالباً ما

تعاود الظهور. أما الاكتئاب الجزئي فهو يستمر عادة لعدة سنوات. والأطفال المصابون به عرضة لنوبات اكتئاب رئيسية. الأطفال المصابون باكتئاب مزدوج (مثل نوبة اكتئاب رئيسية متداخلة مع اكتئاب جزئي) غالباً عرضة لنوبات رئيسية متكررة أخرى.

الاكتئاب الذي يظهر في المراهقة غالباً يتبعه اكتئاب في مرحلة الرشد، ويتسب في زيادة معدل الانتحار بين الراشدين بنسبة ست مرات، أما الاكتئاب الذي يظهر قبل البلوغ فلا يؤدي غالباً إلى الاكتئاب في مرحلة الرشد. وبينما الاكتئاب المجرد لا يزيد من احتمالية الأفعال المضادة للمجتمع فإن الخليط من الاكتئاب واضطراب التصرف مرتبط بزيادة معدلات الجريمة.

الهوس (Mania):

نادراً ما يظهر الهوس والأعراض المتعلقة بالهوس (هوس خفيف) في الطفولة وقد ترجع المسؤولية في ذلك إلى عدم النضج العصبي الكيميائي، حيث إن الأطفال قبل البلوغ ليس لديهم استجابة شمق (Euphoria) للأَمْفيتامين أو غيره من المنبهات المشابهة.

وعند ظهور الهوس أو الأعراض المتعلقة بالهوس فإن الهياج يكون عرضاً شائعاً أكثر من الشمق (Euphoria)، وهناك ذكر لحالات هوس حادة لدى الأطفال ولكنها قد تكون خطأ في تشخيص فرط الحراك (Hyperkinesis)، وهو خطأ مفهوم حيث يظهر الأطفال المصابون بفرط الحراك ملامح هوسية متعددة بما فيها إزالة التثبيط الاجتماعي، والابتهاج الأحمق، ومستويات عالية من الطاقة وميل لرواية قصص رائعة وأحياناً هوس العظمة.

ويسهل تشخيص الهوس إذا كانت لديهم بداية محددة لظهور الأعراض، بحيث تتوافق مع السمات والخصائص للطفل.

يعاني العديد من الأطفال من تغيرات سريعة في المزاج وفترات من عدم الاستقرار والهياج. وهناك زيادة في الميل خصوصاً في الولايات المتحدة لتشخيص هؤلاء الأطفال على أنهم يعانون من بدايات مبكرة لإضطراب ثنائي القطبية ويُعالَجون بالتالي بخليط من مثبتات المزاج ومضادات الذهان. ودلائل الاستفادة من استخدام هذه الأدوية محدودة في مقابل الاحتمالية العالية للتسمم، حيث لا يجب أن يدفع الوعي المتزايد بحاجة نسبة صغيرة من الأطفال المصابين بالاضطراب ثنائي القطبية إلى التوسع في استخدام الأدوية مع نسبة كبيرة دون داعي.

تتساوى في المراهقة نسبة الاكتئاب والهوس كنوبة أولى لاضطراب ثنائي القطبية مع زيادة ظهور الهوس بعد ذلك، يخلط عادة عند تشخيص الهوس في المراهقة حيث يُظَن في العادة خطأ أنه فصام، ذلك أن تغيرات المزاج عادة ما يصاحبها اضطراب في الإدراك والتفكير بما فيها الأوهام والهلاوس والتي هي من الخصائص الأولى للفصام.

تُستَخدم عادة مضادات الذهان أو الليثيوم في السيطرة على النوبات الحادة، بينما يُستَخدم فالبورات الصوديوم والكربامازيين لتقليل خطورة عودة الأعراض (راجع الفصل 34).

الفصل الحادي عشر

الانتحار وتعمد إيذاء الذات

Suicide and Deliberate Self-Harm

الانتحار الكامل (Completed Suicide):

الوبائيات (Epidemiology):

نسبة ما يتم فعلاً أو ينجح من الانتحار نادرة جداً قبل عمر الثانية عشرة، ولكنها تزداد باضطراد بعد هذا العمر لتبلغ أوجها في مرحلة الرشد. تبلغ نسبة الانتحار سنوياً في بريطانيا بين الأطفال حوالي خمسة في المليون في الفئة العمرية ما بين (10- 14) عاماً، تشمل هذه النسبة الانتحار المتعمد والوفاة غير المحددة (وهي الأكثر شيوعاً والتي يكون هدفها الانتحار). ترتفع النسبة لتبلغ 30 حالة في المليون في الأعمار ما بين (15-19) عاماً، التي تبقى أقل من المعدلات بين الراشدين أيضاً. والنسبة أعلى بين الذكور في جميع الأعمار، وقد يعكس هذا ميل الذكور للأساليب العنيفة القاتلة (مثل الشنق، وإطلاق الرصاص، والصعق الكهربائي)، وهو يخالف ميل الإناث نحو السموم (غالباً باستخدام المسكنات ومضادات الاكتئاب). تختلف النسب بين البلاد وبين الأعراق، فالنسبة في الولايات الأمريكية أعلى من غيرها، وهي بين البيض أعلى منها عن السود بنسبة 50٪، زاد معدل انتحار المراهقين بين أوائل الخمسينيات وأواخر الثمانينيات في أوربا والولايات المتحدة الأمريكية خصوصاً بين الذكور، وقد تُفسر هذه الظاهرة من خلال عدة أسباب ولكن الأكثر وضوحاً وتأكيداً هو ارتفاع نسبة تعاطي الكحول والمخدرات. ومنذ أواخر الثمانينيات تراجعت نسب الانتحار بين الذكور والإناث رغم ثبات نسبة تعاطي الكحول والمخدرات ومن غير المعروف سبب هذه النتيجة الإيجابية وإن كان البعض يرى أنها تعود للتحسن في معالجة اكتئاب المراهقين وهو رأى لم يتأكد بعد.

ما الذي يحمي الصغار؟
(What protects younger children?)

يبدو أن الاعتقاد الشائع بين الأطفال بإمكانية العودة للحياة بعد الموت شيء مستحيل هو السبب وراء تثبيط الأفكار والأفعال الانتحارية. ويعتبر من عوامل حماية الأطفال هو ندرة الاكتئاب بصوره الشديدة بينهم، وندرة الإدمان قبل البلوغ، وكذلك نقص النضج المعرفي الذي يسمح بإدراك الشعور بالعجز والذي لا يسمح أيضاً بوضع خطة انتحار ناجحة، والقيود المفروضة على الأطفال التي تمنع وصولهم إلى وسائل مميتة، ووجود شبكة داعمة من العلاقات في المنزل أو المدرسة.

عوامل التنشئة (Background factors):

1 ـ ***ظروف أسرية مشتتة،*** مثل الأسر المنفصلة، وحالات الطلاق أو الوفاة.

2 ـ ***معاناة بعض أفراد الأسرة من اضطرابات نفسية*** وخصوصاً:
* إدمان الكحول والمخدرات.
* الاكتئاب وغيره من الاضطرابات الانفعالية.
* الانتحار وإيذاء الذات.

3 ـ ***معاناة الطفل من اضطرابات نفسية*** تشير التغييرات النفسية اللاحقة عن طريق السير الذاتية النفسية عند الفئة الأكبر في العقد الثاني من العمر إلى أن أكثر الاضطرابات النفسية عند الشخص اليافع 90٪ منهم كان لديهم اضطرابات نفسية، مع شيوع الاضطرابات الوجدانية (Affective disorder) لدى الجنسين، وشيوع اضطراب التصرف، والإدمان وخصوصاً بين الذكور، وسبق أن راجع حوالي نصفهم مختصين بسبب اضطراباتهم النفسية. وتقل نسبة الاضطرابات النفسية نوعاً ما بين صغار المراهقين الذين يكونون بدورهم أكثر ميلاً للاستجابة لمنغص حديث أو لحدث وشيك. نذكر على سبيل المثال الهجر من قِبَل الصديق الحميم (سواء الذكر أو الأنثى)، أو الخشية من وصول تقرير مدرسي سيء.

4 ـ ***الاطلاع على نماذج انتحار ناجحة،*** أو محاولات انتحار بين أفراد الأسرة، أو من خلال وسائل الإعلام وخصوصاً التلفاز.

5 ـ ***وجود سابقة أو أكثر لمحاولة تعمد إيذاء الذات*** في حوالي 40٪ من الحالات. كما كان العديد منهم سبق وهدد بالانتحار أو أظهر سلوكيات انتحارية خلال الأربع وعشرين ساعة السابقة على الانتحار.

6 ـ ***توافر وسائل مميتة بدرجة عالية*** على سبيل المثال، كانت المسدسات التي في متناول الأطفال هى أكثر الطرق استخداماً في أمريكا، ولكنها أقل استخداماً في بريطانيا حيث نسبة الأسر التي تمتلك مسدسات أقل بكثير.

الدوافع والعوامل المرسبة:
(Precipitating factors and motivation):

يكون قد تم التخطيط مسبقاً لقليل من حالات انتحار المراهقين فمعظمها يكون استجابات اندفاعية لضغط ما، والسبب الأكثر شيوعاً في المراهقين الصغار الأزمات النظامية (Disciplinary crisis) مثل تورط الصغير في مشكلة مع المدرسة أو الشرطة ويخاف من اكتشاف والديه للأمر، وقد يكون السبب أيضاً مشكلات مع والد ذهاني، ويشكل خروج المراهقين من المدرسة عند مواجهتهم لهذه الصعاب عامل خطورة لنقص فرص حصولهم على الدعم، ويظهر من خلال مراجعة الملاحظات التي يكتبها المنتحرون أن الرغبة في الهروب من أزمة جديدة هي الدافع الأكثر انتشاراً، والتعبير عن الغضب الموجه للآخرين أكثر من الذات، أو غضب موجه نحو ظروف سيئة.

تعمد إيذاء الذات [(Deliberate Self-Harm) (DSH)]:

تزيد نسبة تعمد إيذاء الذات (محاولة الانتحار) حوالي 1000 مرة أكثر من الانتحار الفعلي بين الأطفال والمراهقين. ففي المرحلة العمرية من (14-17) سنة من بين طلاب المدارس في أمريكا أشار (15-25٪) منهم أنهم فكروا في الانتحار بجدية خلال العام الماضي، و(8-9٪) عمدوا إلحاق الأذى بأنفسهم، وثلثهم فقط تلقى رعاية صحية، والأرقام مشابهة في بريطانيا فبين الفئة العمرية (15-16) سنة أشار (22٪) بوجود نوايا انتحارية خلال العام الماضي، و (7٪) منهم ألحقوا الضرر بأنفسهم،

وأن ثمنهم (1/8) تلقى رعاية طبية. وتزداد نسبة تعمد إيذاء الذات (DSH) بين الذكور عنها لدى الإناث دون الثانية عشرة من العمر، وتنعكس النسبة خلال سنوات المراهقة حيث تزيد النسبة بين الإناث وتبلغ (1:2) (وتزيد النسبة في الدراسات الإكلينيكية عن هذا بكثير). وإيذاء الذات عن طريق التسمم هو الصورة الشائعة من تعمد إيذاء الذات خصوصاً بين الإناث، وتزايدت نسبة إيذاء الذات بصورة كبيرة من أوائل الخمسينيات حتى أوائل الثمانينيات، ولكنها في انخفاض مستمر منذ ذلك الحين.

عوامل التنشئة (Background factors):

1 ـ نقص العلاقات الأسرية الداعمة ويصاحبها في العادة الأسر المنفصلة «أسر محطمة» والوضع في ملاجئ الأطفال، والمناخ الأسري غير الدافئ وارتفاع نسبة النزاعات وضعف التواصل، والنزاع مع الوالدين حول الأدوار والمسؤوليات والضوابط.

2 ـ معاناة بعض أفراد الأسرة من اضطرابات نفسية، وتزايد نسبة إدمان الكحول بين الوالدين خصوصاً الآباء.

3 ـ لدى غالبيتهم تاريخ حديث من الاضطرابات النفسية وهي في الغالب مع الاكتئاب والقلق واضطرابات التصرف واضطرابات الإدمان. ومع ذلك لم يكن غالبيتهم يعاني من اكتئاب شديد مجهد.

4 ـ تاريخ من الإيذاء الجسدي والتحرش الجنسي، فالأطفال الذين وراءهم خلفية مسيئة يميلون إلى كراهية أنفسهم.

5 ـ شيوع المشكلات في محيط المدرسة أو العمل، حيث يكون مستوى الإنجاز الأكاديمي دون المتوسط ولديهم مشكلات مع المدرسين والرفاق وترتفع البطالة بين المراهقين الأكبر.

6 ـ النماذج التي طرحت من قبل وسائل الإعلام أو الأسرة أو الأصدقاء حيث إن العدوى بين المراهقين ما تثبت وجوده.

7 ـ حوالي (10-20٪) كانت لديهم محاولات سابقة في إيذاء الذات.

8 ـ توفر الوسائل وحيث إن غالبية سلوك تعمد إيذاء الذات هو اندفاع مفاجئ في لحظة ما كان وجود الأدوية في متناول اليد سواء الموصوفة سابقاً أو المباعة دون وصفات عوامل مساعدة على ارتكاب الفعل.

العوامل المرسبة (Precipitating factors):

يمكن تحديد العوامل المرسبة خلال اليومين السابقين لارتكاب إيذاء الذات في حوالي ثلث الحالات، ويكون الاضطراب النفسي هو المسبب عند عدم القدرة على تحديد سبب آخر.

كان التعرض لكرب بسيط في العديد من الحالات هو القشة الأخيرة بالنسبة للأفراد الذين كانوا الأكثر قابلية، وفي حالة ضعف بسبب ظروف بيئية سابقة وحالية، فظهور سبب ما قد يفجر سلوك إيذاء الذات لدى بعض الصغار الذين كانوا في حالة توافق مقبولة قبل حدوثه، ومن ضمن هذه العوامل الشجار الأسري، مع الرفاق أو مع الصديق المقرب من الجنس الآخر، كما أن التعرض لحادثة من الإيذاء الجسدي أو الجنسي قد تكون السبب في إيذاء الذات.

الدافع (Motivation):

في الوقت الذي يقوم فيه الصغار بإيذاء الذات يكون لديهم شعور بالغضب من شخص ما، أو يشعرون بالوحدة أوأنهم غير مرغوب فيهم، ويرتفع القلق على المستقبل بين المراهقين الأكبر. يكون اليأس واضحاً فقط عند الأقلية التي تعاني من اكتئاب شديد، وعادة ما يعكس الإيذاء المتعمد للذات (DSH) (رغبة مؤقتة في التخلص من ظروف ضاغطة (يتصرفون دون وعي)، أو للرغبة في التأثير في الأسرة والأصدقاء. ونادراً ما يكون سلوك تعمد إيذاء الذات صرخة استغاثة موجهة للمختصين (قد يكون هذا ما يفسر شيوع رفضهم لمساعدة المختصين). ولا توحي الظروف المحيطة بهذا السلوك برغبة حقيقية في الموت، كما لا يوجد تخطيط مسبق،

تعمد إيذاء الذات غالباً ما يكون اندفاعي، فحوالي نصف الصغار قد فكروا لأقل من خمس عشرة دقيقة قبل تنفيذه، وعلى الجانب الآخر فإن حوالي (10-15٪) فكروا في موضوع إيذاء الذات لأكثر من يوم.

التقييم (Assessment):

من المتفق عليه حاجة جميع الأطفال والمراهقين الذين يقومون بإيذاء أنفسهم إلى تقييم عقلي ونفسي، وهي وجهة نظر منطقية ومتعقلة بأن التقييم الشامل وليس الانتقائي قد يقلل من نسبة التكرار أو الوفاة. قد يقوم بالتقييم طبيب نفسي للأطفال، وقد يشمل ممرضة مدربة، ومختص اجتماعي أو غيرهم من مختصي الصحة النفسية. ويمكن لقاء كل من لديهم معلومات فور حدوث الواقعة، ولكن تقييم الصغير لا بد أن يؤجل حتى يتم التخلص من الآثار السامة للمادة المستعملة. يجب أن يشمل التقييم المجالات التالية:

1 ـ الظروف المحيطة بإيذاء الذات ودرجة الرغبة في الانتحار. انظر الشكل (11-1).

2 ـ العوامل المرسبة مثل ظروف الحياة السابقة والحالية، والتاريخ الأسري، ونماذج سلوك الانتحار.

3 ـ العوامل المرسبة مثل ظروف الحياة السابقة والحالية، والتاريخ الأسري، ونماذج سلوك الانتحار.

4 ـ التاريخ المرضي والفحص الطبي النفسي لتقييم الحالة النفسية الحالية، وخطر الانتحار، هل حدث تزايد حديث في معدل الحديث عن الانتحار أو في السلوك؟!

5 ـ كانت نوبة إيذاء الذات ملائمة لصعوبة التعامل لفترة طويلة مع الضغوط أم بسبب الفشل في الحصول على الدعم والمساعدة بطريقة أكثر توافقاً؟

6 ـ موقف الفرد والأسرة من الحصول على المساعدة المتخصصة.

1 ـ الاتجاه إلى الانعزال.

2 ـ اختيار وقت يصعب التدخل أثنائه.

3 ـ الاحتياطات حتى لا يتم اكتشافه.

4 ـ الإعداد وتوقع الموت.

5 ـ إعلام الآخرين بنيته في الانتحار قبل التنفيذ.

6 ـ التعمد الواضح.

7 ـ كتابة رسالة قبل الانتحار.

7 ـ الفشل في تنبيه الآخرين بعد النوبة.

الشكل رقم (11-1): الملامح التي تشير إلى جدية النية في الانتحار

التدابير العلاجية (Management):

يُنصح الوالدان بحفظ الأسلحة والسموم وغيرها من المواد الخطيرة بعيداً عن متناول اليد، وأن يحدا من فرص وصول الصغير إلى الكحول والمخدرات. عندما يكون سلوك إيذاء الذات غريباً ومخالفاً لنمط استجابة الشخصية كاستجابة اندفاعية أمام ضغط شديد ويصدر عن شخصية جيدة التكيف، عادة فإن كل المطلوب في هذه الحالة يكون مراجعة طبيب الأسرة. وقد يكون الإدخال إلى المستشفى لإجراء تقييم نفسي والعلاج من الاضطراب النفسي أمراً أساسياً لوقف محاولات الانتحار.

وفيما بين هذا وذاك فإن الصغار الذين سبق لهم إيذاء أنفسهم قد تلقوا علاجاً في العيادة الخارجية رغم أن العديد منهم لا يذهب للعلاج. يمكن معالجة الاضطرابات النفسية الأخرى المصاحبة مثل الاكتئاب واضطراب التصرف بالطريقة المعتادة كما يشرحها الكتاب في فصول أخرى.

أما عن سلوك إيذاء الذات نفسه فلا توجد أدلة قوية على أن التدخل بأي شكل يؤثر بطريقة هامة على معدلات تكرار السلوك، ولا على التوافق النفسي

الاجتماعي بشكل طويل المدى، ورغم ذلك يشعر المختصون برغبة في تقديم المساعدة، وهناك توصية غالبة بالتدخل لمساعدة الأسرة رغم صعوبة انخراط الأسرة في العلاج وصعوبة تغييرها، فبعض الأسر تنكر الحادثة وتعتبرها عارضه، وينبغي تشجيعهم للنظر للحادثة في تحدي صريح يستفزهم لحل مشكلاتهم أو التقليل من ضغوطهم، وقد يكون العلاج الفردي المختصر مفيداً خصوصاً إذا ركز على تعليم الصغير طرقاً أفضل في حل المشكلات، وكيفية التعامل مع الضغوط بطرق أكثر توافقاً، وقد يؤدي التدخل في هذه الأزمات إلى علاج نفسي طويل المدى، ويزيد قبول الأفراد والأسر للمعالجة عندما تستمر الرعاية من جلسة التقييم حتى الوصول إلى مرحلة المعالجة. يمكن وصف بعض مثبطات استرداد السيروتونين (SSRIs) عندما يكون تعمد إيذاء الذات لدى الصغير على خلفية انحطاط المزاج، وهنا يجب الانتباه إلى نقطتين شملهما الفصل العاشر:

الأولى: أن فاعلية استخدام بعض مثبطات استرداد السيروتونين (SSRIs) في علاج اكتئاب المراهقين ما زال في مرحلة الدراسة ولم تثبت فاعليتها تماماً.

الثانية: هناك أدلة تشير بأن مثبطات استرداد السيروتونين (SSRIs) قد تزيد من خطر إيذاء الذات؛ مما يدعو للتساؤل حول منطقية وصفها لمن يعاني بالفعل من تعمد إيذاء الذات.

المآل المرضي(Prognosis):

هناك قليل من الدارسات المتابعة للصغار الذين قاموا إيذاء أنفسهم بسبب الصعوبات التي تواجه الباحثين في تعقبهم والاتصال بهم. ولكن بعد شهر واحد نجد أن التوافق الكامل أفضل منه وقت ارتكاب إيذاء الذات، ولكن تبقى نسبة قليلة منهم تعاني من نسبة عالية من المشكلات عند إعادة التقييم بعد عام.

ويُتنبأ باستمرار المشكلات من خلال وجود نزعات غير اجتماعية، أما من قاموا بإيذاء أنفسهم أثناء أزمة ما وكان توافقهم العام في السابق جيداً فقد أظهروا مآلاً جيداً.

حوالي 10٪ من الصغار ممن يقومون بإيذاء أنفسهم يكررون نفس السلوك في العام التالي، وتزيد نسبة تكرار السلوك بين الذكور، ومع تاريخ سابق من إيذاء الذات، وفى وجود أمراض نفسية مستعصية في الأسرة وضعف التوافق الاجتماعي والاضطرابات النفسية (بما فيها الإدمان) والحادثة التالية من محاولة إيذاء الذات قد تكون قاتلة سواء بسبب طريقة الإيذاء، أو بسبب استخفاف الفرد بخطورة ما كان يقصد به أن يكون إصابة غير قاتلة.

حوالي 10٪ من الصغار الذين يقومون بإيذاء ذواتهم، فيقتلون أنفسهم في النهاية خلال العامين التاليين على الأغلب، ومن العوامل التي تزيد من خطورة هذا الانتحار التلقائي الذكورة، وتقدم سن المراهق، ووجود اضطراب نفسي، واستخدام وسائل أكثر فاعلية (مثل الشنق بدل زيادة جرعة الدواء) من تلك المستخدمة في المحاولة الأولى.

الفصل الثاني عشر
اضطرابات الكرب (الضغوط)
Stress Disorders

يهتم هذا الفصل بالاضطرابات الممكن تشخيصها، والتي تظهر بعد صدمات قوية وليس الضرر الذي يحدث بسبب التعرض الطويل للكرب، أما الظروف السيئة والمستمرة فهي مشروحة في الفصل (30)، ويجب قراءتها مع ما يحتوي هذا الفصل وهي تشمل العيش مع والدين متنازعين طوال الوقت، أو يعانيان من اضطراب نفسي شديد، أو إصابة الطفل بمرض تسبب عنه إعاقة، أو التعرض للإستئساد أو التمييز، أو تعرض العالم الخاص للاضطراب بسبب الحرب أو الإساءة.

يصف *التصنيف الدولي ICD-10 ثلاثة اضطرابات تظهر بعد الصدمات*. أعراض *اضطراب الكرب ما بعد الصدمة* (Post Traumatic Stress Disorder)] [(PTSD) هي الأكثر تحديداً ووصفاً وهي أعراض يجب أن تستمر لفترة لا تقل عن شهر. وأعراض اضطراب الكرب الحاد (Acute Stress Disorder) أوسع قليلاً ولكنها تستمر لفترة أقل من شهر. وكلاهما يعبر عن استجابة مفهومة لأحداث مريعة، والتي قد تسبب المعاناة لأي أحد، ولكن الخلاف الأساسي بينهما هو طول فترة استمرار ردود الفعل. وقد يتساءل البعض لِمَ لا تُصنَف الاستجابات المفهومة والطبيعية كاضطرابات نفسية؟ يرجع السبب جزئياً إلى تطرف وتغلغل الظاهرة العقلية والتي هي خارجة عن إطار الخبرات الشخصية، ولهذا فإنها تعتبر غير طبيعية، ويرجع السبب أيضاً إلى الجزء الباقي لدرجة المعاناة الناتجة والخلل الذي تسببه. *اضطرابات التوافق* (Adjustment disorder)، هي استجابات مُبالَغ فيها وأكثر مما هو متوقع من الغالبية، وتشمل مجموعة واسعة جداً من الأعراض الممكنة، ولكنها غير واضحة بدرجة كافية حتى تنطبق عليها معايير أي اضطراب بعينه،

وهذه الأعراض قد تستمر لستة أشهر بعد الحدث الذي أدى إلى ظهورها. أما اضطراب الفقد أو الحرمان (Bereavement disorder) تُستَثنى بوضوح من اضطراب التكيف وتُناقَش بشكل منفصل.

التقييم (Assessment):

عند تقييم شدة رد الفعل عند الطفل وكذلك عند مقابلة الوالدين والحصول على تقارير المدرسين، فإنه من الأهمية القصوى أن تتحدث مع الطفل بمفرده. لم يكن الحديث في السابق يُوجَه للأطفال، وأقرت كتب الطب النفسي حتى في السبعينيات إلى أن ردود فعل الأطفال للكروب الحادة كانت قليلة، وتغيرت الصورة منذ ذلك الوقت نتيجة للتقييم الدقيق لانفعالات وأفكار وسلوكيات الأطفال الذين تعرضوا للكروب. وقد تغيرت الصورة الآن تغيراً كبيراً كنتيجة للاهتمام المثبت بالأطفال المكروبين من حيث عواطفهم ومعارفهم وسلوكياتهم وتلاحظ الآن الحاجة للإهتمام بمخاوف محددة وليس فقط بالخوف العام، والحاجة للاستفسار عن الأفكار والصور المقحمة، والسؤال عن التجنب، وهي أمور سيكشف عنها الأطفال إذا سئلوا عنها بتعاطف وتفهم، كما قد يشيروا أنهم لم يخبروا والديهم بها كي لا يزعجوهم. ويجب الاستفسار والاهتمام بأي تأثير على الأداء النفسي الاجتماعي وعلى الصداقات والأداء المدرسي.

قد لا تُظهِر المقاييس النفسية التقليدية، للأطفال مثل (SDQ أو CBCL) التي يجيب عليها المدرسون أو الوالدان أي مشكلات في الأطفال المصابين، وفي الحقيقة قد يبدو سلوك الأطفال المنشغلين أو المتبلدين جيداً بشكل عام. وقد تغفل استبيانات التقارير الذاتية للأطفال عن أعراض كرب ما بعد الصدمة (PTSD) بسبب طبيعة أسئلتها العامة، والتي تفشل في الاستقصاء عن أعراض هذا الاضطراب. وباستخدام بعض الأسئلة المحددة يتمكن الأطفال بدءاً من سن الثالثة من إعطاء صورة واضحة عن معاناتهم.

اضطراب الكرب التالي للصدمة

[(Post-Traumatic Stress Disorder)(PTSD)]:

استرعى اضطراب الكرب التالي للصدمة الانتباه لأول مرة من قِبَل الرابطة النفسية الأمريكية في 1980من خلال التصنيف (DSM-III) بعد الخبرة في التعامل مع محاربي حرب ڤيتنام الذين كانوا يعانون من ثالوث من الأعراض (أفكار مقحمة وتبلد انفعالي وتجنب، وفرط تيقظ نفسي) وقد لوحظ بعد ذلك ظهور أعراض كرب ما بعد الصدمة (PTSD) على الأطفال بأشكال مشابهة، وتظهر بعد معايشة ومشاهدة الكوارث أو العنف، ويمكن أن تظهر بعد التعرض للإساءة الجسدية أو الجنسية أو المعاناة من مرض قاتل، أو إجراءات طبية وحوادث المرور. وإذا كانت الكوارث الطبيعية نادرة الحدوث فالإساءة الجسدية والجنسية ليست كذلك، كما يشاهد الأطفال الكثير من العنف الأسري، فلقد شاهد الأطفال حوالي 10-20٪ من الجرائم (والتي تنتج في الغالب عن العنف الأسري). والأطفال الذين يدخلون المستشفيات بسبب الإصابة بأمراض خطيرة أو إصابات شديدة معرضون لخطر الإصابة بهذا الإضطراب بدرجة أكبر، وكذلك النازحون من البلاد التى مزقتها الحروب. ومن جهة أخرى وجِدت دراسة استخدمت معايير تصنيف (DSM) أن 100٪ من الأطفال الذين تعرضوا للاستغلال الجنسي يعانون من أعراض الاضطراب التالي للصدمة (PTSD)، و(70٪) من الذين تعرضوا للإساءة الجسدية، و(60٪) من الذين تعرضوا للكوارث الطبيعية. ولا يتم في العديد من الحالات ملاحظة ولا علاج أعراض الاضطراب التالي للصدمة (PTSD) رغم حاجتها للمعالجة، والتي غالباً ما ينبغي أن تكون جزءاً ضمن خطة عريضة للتعامل تضع في اعتبارها مشكلات أسرة الأطفال، خطة يمثل التعليم فيها والخدمات الاجتماعية دوراً أكبر من دور الخدمات الصحية.

الشروط التشخيصية لاضطراب الكرب التالي للصدمة

[(Dignostic criteria for PTSD)]:

في أعقاب الحدث الذي من الممكن أن يسبب اضطراباً لأي شخص آخر، يعاني الطفل على مدى شهر على الأقل بعضاً من أعراض المجموعات

الثلاث التالية:

1 ـ إعادة خبرة *الصدمة بشكل متكرر*، على سبيل المثال صور مقتحمة، وأحلام حول الصدمة، وتكرار ملابسات الحادثة في اللعب، والشعور بالمعاناة والضيق عند التذكير بها.

2 ـ تجنب متكرر للمثيرات المرتبطة بالصدمة أو تبلد الاستجابة وتجنب الأفكار، والمشاعر، والأماكن، والمواقف، والشعور بالوحدة أو الانفصال، وتقلص الاهتمامات ومحدودية مدى المشاعر، وضعف الذاكرة، وفيما يتعلق ببعض الجوانب الهامة للصدمة، وفقدان الأمل في المستقبل، ويشعر البعض بأنهم يجب أن يعيشوا الحياة يوماً بيوم دون تخطيط مسبق.

3 ـ وجود أعراض جديدة عن *تزايد التيقظ*، وتشمل اضطرابات النوم، وسرعة الاستثارة، وضعف التركيز، وصعوبة في الذاكرة تعطل القدرة على تعلم شيء جديد، وصعوبة تذكر مهارات وحقائق تم تعلمها في السابق، وفرط التيقظ والتنبه الشديد لأي خطر، واستجابة مباغتة ومبالغ فيها.

تؤثر الأفكار المقحمة على الأطفال عادة في أوقات الهدوء مثل وقت الذهاب إلى النوم، وقد يستثيرها منبهات في البيئة المحيطة، وتشيع الكوابيس الليلية وتكرار الإستيقاظ والخوف من الظلام. وبعيداً عن معايير أعراض كرب ما بعد الصدمة (PTSD) المحددة يُلاحظ زيادة درجة المخاوف العامة كما في القلق، وتكرر نوبات الهلع بدرجة عالية. وتتكرر صعوبات الإنفصال حتى بين المراهقين، وقد يرغب الأطفال في النوم مع والديهم، ويصبح الكثير من الأطفال أكثر قابلية للإستثارة وغضباً من السابق مع والديهم ورفاقهم أيضاً.يعاني الأطفال في الكوارث التي يقتل فيها أو يصاب الأصدقاء، من الشعور بالذنب بسبب نجاتهم (Survivor guilt) بسبب عدم قيامهم بما يجب لإنقاذ الآخرين أو لقيامهم بما أنجاهم من الموت.وتتحدد شدة الأعراض بدرجة التعرض للصدمة بحيث يكون الذين تعرضوا بصورة مباشرة للألم أو الإصابة أو كانوا على وشك الموت أكثر تضرراً. هناك خوف لحظي واضح، وتجنب للأحداث المرتبطة بشكل مباشر بالصدمة، وخوف وتجنب أقل للمثيرات المرتبطة بصورة غير مباشرة. على سبيل المثال الأطفال الذين كانوا على سفينة

تغرق من المتوقع أن يكون لديهم مخاوف تتعلق بالسفن، وكذلك مخاوف أقل تتعلق بالانتقال والسفر بالقطار أو الطائرة، بينما لا يختلفون عن غيرهم من الأطفال في المخاوف التي لا تتعلق بموضوع الكارثة. ويخف القلق والاكتئاب عادة مع الوقت، ولكن نجد أن هناك بعض المخاوف والسلوكيات التجنبية التي تستمر. ولهذا فإنه بعد خمس سنوات من زلزال أمريكا نجد أن من لديهم استرجاع متكرر مقتحم لخبرة الصدمة ما زالوا يعانون من ارتفاع معدل الكورتيزون وقت الراحة.

متغيرات مُعدّلة (Moderating variables):

يختلف تأثير الصدمات التي تبدو متشابهة على الأفراد سواء في سن الطفولة أو الرشد، وقد يعكس هذا جزئياً اختلافات في المزاج أو الشخصية أو قابلية بعض الجينات لإظهار اضطرابات معينة.

قد يكون لبعض السمات المعرفية مثل المهارات الجيدة في حل المشكلات دور في اختلاف تأثير الأحداث على الأفراد. تشير مراجعة الأبحاث السابقة فى هذا الموضوع إلى أن قدرة الأطفال الجيدة على التعامل مع الكرب حال وجود علاقة طيبة مع أحد الوالدين أو أيضاً إذا كانوا يعيشون في أسر منسجمة ومتماسكة، ويحصلون على الدعم والمساندة من شبكة اجتماعية واسعة من المدرسين والأصدقاء. وبالعكس فإن سوء أداء الأسرة والمشكلات مع الرفاق والعيوب الاجتماعية الشديدة، يؤدي إلى نقص المرونة، وسوف تُشرَح هذه العوامل باستفاضة أكثر في الفصل (30).

المعالجة (Treatment):

لم تتح الفرصة للعديد من الأطفال الذين تعرضوا للصدمة للحديث بحرية عن تجربتهم لشخص راشد واعي ومتعاطف، وربما راودتهم فكرة أنهم على وشك الجنون عندما ابتدأت خبرة الأفكار المحطمة، كما قد يكونون قد عانوا من الخوف مما بدا لهم نوبات هلع غير مفهومة. إن معرفة أن هذه استجابات طبيعية لخبرات غير عادية قد يساعد هؤلاء الأطفال على فهم ما يحدث لهم ويبدأون في استعادة الثقة والإطمئنان.

وقد يحتاج الآباء والمعلمين لمساعدة كي يتعلموا كيفية الاعتراف بما حدث، وكيفية تهدئة الأطفال. عندما يشعر الراشدون بأنه لا يجب الحديث عن الأزمة بعد انتهائها كي لا يزعجوا الأطفال، أو لكي لا يسببون لهم الخوف مما يمكنهم قوله للأطفال فإن الأطفال يقرأون هذه الإيماءات عادة ويبقون صامتين بلطف.

يمكن استخدام بعض الأساليب المعرفية وأسلوب العلاج بالغمر (Exposure approaches)، وهي أساليب أثبتت فاعليتها مع الراشدين، كما أنها مفيدة مع الأطفال حيث يمكن تحديد مثيرات نوبات، القلق ثم التعامل معها من خلال التدريب على الإسترخاء وغيره من الأساليب المفيدة في خفض القلق، ويتبع هذا التعرض المتدرج للمشهد المؤلم ويجب أن يكون هذا التعرض فعالاً وطويلاً كي يساعد على تجاوز التجنب.

وتشمل الأساليب المعرفية الأخرى نقد الأفكار اللامنطقية التي تؤدي إلى سوء التوافق واستخدام الخيال من أجل تعلم السيطرة على المشاعر المؤلمة. قد تكون جماعات المناقشة مع الضحايا الآخرين وآبائهم مفيدة، ولكن يجب أن تصل إلى أبعد من مجرد التعبير عن المشاعر (الذي قد يؤدي فقط إلى زيادة القلق) لتأخذ جانب علاجي أكثر عمقاً. وهناك اهتمام بالتجارب التي تتوافر فيها عينات مقارنة ضابطة على الأطفال والمراهقين ولكن حتى الوقت الحالي يوجد القليل من الأدلة للتجارب التي أُجريَت على عينات عشوائية كبيرة وبها مجموعة مقارنة ضابطة.

في بداية التسعينيات ظهرت طريقة إزالة الحساسية وإعادة تعميل حركة العين [(Eye Movement Desensitisation and Reprocessing)(EMDR)]، حيث يُطلب من الأطفال استحضار صورة عن الأزمة، بينما يتبعون بأعينهم يد المعالج التي تتدخل عبر مجال الرؤية، وعلى خلاف الأسلوب المعرفي السلوكي فهو لا يقدم إلا القليل من التدخلات اللفظية والتفسيرات. تفقد الصور قدرتها على أحداث القلق لدى بعض الأطفال وسرعان ما يظهر التحسن على الأطفال. وثبتت فاعلية أسلوب (EMDR) في التجارب على الراشدين، ويتم التحقق حالياً من ديناميكية عمله، وحتى اليوم لا توجد تجارب على الأطفال.

يمكن التغلب على صعوبة بداية النوم بأساليب بسيطة مثل سماع الموسيقى أو قصة على شريط في السرير؛ كي تساعد في التخلص من اقتحام الأفكار غير السعيدة، ويمكن تكرار حكي الأحلام السيئة مع الأطفال أثناء النهار مع Nعطائها نهايات سعيدة. قد تظهر الحاجة لتناول مواضيع أوسع بالإضافة إلى معالجة الأعراض المباشرة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)، فعلى سبيل المثال عندما يُقتل والدا الطفل في الصدمة قد يكون من الضروري مساعدة الأطفال ومن يتولون رعايتهم في الوقت الحالي على تفهم حاجات بعضهم، وقد يحتاجون أن يتعلموا التمييز بين الحزن والخوف الذي سببه الحادث.

الوقاية (Prevention):

هناك جدل حول الوقاية من اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) من خلال تدخل الاستجواب المبكر (خلال أسبوعين) بعد حادث الصدمة حيث لم تشر دراسات على عينات عشوائية من الراشدين فائدة واضحة، بل إن بعضها كان له آثاراً سيئة. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن التركيز المبكر على الأعراض يعطل التعامل الطبيعي والصحي. وبأي حال فإن المنشورات التي تنبه الصغار وآبائهم من التوابع الانفعالية المحتملة قد تكون مفيدة، وهي متوفرة في المؤسسات الخيرية مثل الوقاية من حوادث الأطفال (Child Accident Prevention Trust).

اضطراب الكرب الحاد (Acute Stress Disorder):

ينطبق هذا التشخيص عندما تظهر مجموعة من الأعراض لمدة لا تقل عن يومين، ولا تبلغ شهراً نتيجة للتعرض لحادث صعب يشمل، أو يهدد بالموت، أو إصابة خطيرة. ويجب أن يشمل ردود الفعل خوفاً عميقاً، أو الشعور بالعجز أو الرعب. وبالإضافة إلى نمط أعراض استعادة الخبرة والتجنب، والتهيج التي تشاهد في اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) توجد أيضاً أعراض التصدع (Dissociation) مثل التبلد العاطفي وتشوش الوعي بالأشياء المحيطة وفقدان الشعور بالواقع (Derealisation)، وفقدان الشخصية (Depersonalization)،

والإنكار أو فقدان الذاكرة. وهناك دراسات قليلة حول ردود الأفعال حول الكرب الحاد لدى الأطفال، حيث يُنظر غالباً للأعراض على أنها مقدمات لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)، ويتم التعامل معها على هذا الأساس.

اضطراب التوافق (Adjustment Disorder):

يستخدم هذا التعبير للإشارة إلى مجموعة كبيرة من الأعراض، والتي لا ينطبق عليها أي شروط تشخيص للاضطرابات الأخرى، ولكن يبدو أنها تكون أكثر من المتوقع بالنسبة لمدى الإزعاج الذي تسبب عن الحدث. ويعتبر الخلل معياراً هاماً لكي يتم التشخيص رغم احتمالية ظهور الأعراض المميزة لمعظم الاضطرابات، فإن أعراض الاكتئاب، ومزيجاً من القلق والاكتئاب يتسيد الصورة، ولكن الأطفال الذين يقاسون من ظروف سيئة يعانون من هذه الاضطرابات بصورة مضاعفة خمس مرات ، وردود الفعل المتزايدة للضغوط الحادة تكون أكثر شيوعاً عندما يكون الطفل بالفعل في حالة معاناة للعديد من الظروف الحياتية السيئة فتكون هذه الضغوط كالقشة التي قسمت ظهر البعير. وديناميكيات عمل هذا الاضطراب مشروحة بتفاصيل أكثر في الفصل رقم (30). بنفس القدر الذي ينبغي به مساعدة الطفل على أن يتفهم الضغوط ويتعامل معها، يجب أن يشمل العلاج محاولات لخفض الظروف السيئة الموجودة بالفعل. على سبيل المثال يمكن توجيه الوالدين للعلاج للتقليل من خلافاتهم، ويمكن الاتصال مع المدرسين من أجل إيقاف التعرض للإيذاء وتشجيع الانتقال من منطقة السكن الخطيرة، وكذلك نجد أن تشجيع عوامل الحماية قد تكون ذات فائدة كبيرة مثل تشجيع الأطفال على الاشتراك في نادي رياضي أو دروس رقص بحيث يمكن اكتساب المهارات والثقة بالنفس هكذا ندعم العلاقات الجيدة مع الرفاق.

فاجعة الفقد (Bereavement):

وصف الكتاب من أمثال آنا فرويد (Anna Freud) وجون بولبي (John Bowlby) ثلاث مراحل أساسية للحزن عند الأطفال، وهي المراحل التي

أيدتها الملاحظة التجريبية. يكون هناك في البداية استجابة أولية للأزمة في صورة الصدمة والإنكار وعدم التصديق، والتبلد الانفعالي ومشاعر الانفصال، وتتوجه المشاعر والسلوكيات بشكل أساسي نحو الشخص المفقود، ثم يتبع ذلك تشتت انفعالي (Emotional disorganisation) مع حزن وبكاء وغضب واستياء، شعور باليأس وخيبة أمل والعجز وفقدان القيمة وضعف في النوم والشهية، وأحياناً شعور بالذنب ولوم الذات. التوافق مع الفقد يظهر بشكل متدرج في صورة انخفاض القلق، وزيادة الإستمتاع بالحياة، وزيادة الإنخراط في أنشطة الحياة اليومية وبناء ارتباطات جديدة. وتتداخل هذه المراحل معاً وقد تتواجد في الوقت نفسه، ويختلف معدل الانتقال من مرحلة لأخرى إلى حد كبير بين الأفراد، كما قد يتراجع التقدم فنرى الطفل ينتكس إلى مرحلة سابقة كان قد تجاوزها عند تعرضه لمزيد من الكروب.

وتكون لدى الأطفال المفجوعين أعراض نفسية مرضية في العام الذي يلي الفقد أعلى من بالمجموعة الضابطة. ونعني أن رد فعل الفاجعة هو انفعال حتمي لعلاقة الارتباط، ومع ذلك فعندما يكون هناك تبعات مؤذية وطويلة المدى فإنها في العادة لا تنشأ بسبب الدفع النفسي للفقدان، ولكن بسبب الاضطراب الذي طرأ على نوعية الرعاية العاطفية الجيدة، وفقدان الأنشطة، وتغيير المدرسة، وسوء أحوال المعيشة وغيرها. قد يُوصى بعمل تقييم نفسي عندما يكون الأطفال دون العاشرة من العمر، ولديهم صعوبات تعلم، ومروا بخبرات فقدان سابقة، وعند وجود تاريخ شخصي أو أسري من الاضطرابات النفسية، وعندما تكون الوفاة مفاجئة أو صادمة بسبب آخر، وعندما تكون هناك مجموعة كبيرة من الظروف السيئة، وعندما يفشل الوالد الموجود في تقديم الرعاية الجيدة للطفل. يشمل التدخل العلاجي دعم الوالد للعناية بحساسية الطفل، ولمساعدة الطفل على تفهم الفقد، وأن يزور قبر المتوفى ويحيي ذكرى الوفاة وهكذا يشارك في الحداد. الدراسات التي أُجريت على هذه التدخلات تظهر أنها تقلل من الأعراض المرضية النفسية وتحسن مستوى الأداء.

الفصل الثالث عشر

اضطراب الوسواس القهري

Obsessive - Compulsive Disorder

انتبه الأطباء النفسيون للأطفال منذ فترة طويلة إلى أن الأطفال تظهر عليهم أحياناً سلوكيات شعائرية واجترارية إشكالية ومزعجة، ولكنها اعتبرت بصورة عامة حتى وقت قريب أعراضاً غير محددة لاضطرابات انفعالية واسعة. أظهرت الدراسات الحديثة أهمية تقسيم التصنيف العام للاضطرابات الانفعالية حيث إن اضطراب الوسواس القهري يشكل فئة مختلفة من حيث الأعراض والأسباب والمعالجة والمآل المرضي.

الوبائيات (Epidemiology):

ظهرت الأعراض على نسبة تتراوح من نصف إلى ثلث الراشدين المصابين بالوسواس القهري [(Obsessive - Compulsive Disorder) (OCD)] في سن قبل الخامسة عشر. تشير دراسات الانتشار أن نسبته بين المراهقين من 0.5٪ إلى 2٪، ونسبته أقل بين الأطفال قبل البلوغ، وقد يظهر الشكل التقليدي من اضطراب الوسواس القهري على الأطفال في سن السابعة أو قبل ذلك. ومما لا شك فيه أن الوسواس القهري أكثر انتشاراً مما كان يعتقد في السابق، وقد يكون السبب وراء الجهل بنسبته الحقيقية أن الأطفال والمراهقين غالباً ما يخفون أعراضهم كأسرار. وتتساوى نسبة الإصابة بالوسواس القهري بين الذكور والإناث منذ سن المراهقة وما يليها، ولكنه أعلى بين الذكور قبل البلوغ.

الملامح المميزة (Characteristic features):

الوسواس (obsession): هو تكرار أو اقتحام لأفكار غير مرغوبة، أما القهر (compulsions) فهو تكرار غير ضروري للسلوكيات (أو أنشطة ذهنية مثل العد). ومن الغريب التشابه الشديد في الأعراض بين طفل في الخامسة ومريض في الخامسة والعشرين من المصابين بالوساوس القهري (OCD). تشمل السلوكيات القهرية الغسيل، والتنظيف، والإعادة، والتحقق، واللمس. والوساوس الأكثر شيوعاً هي التلوث، والكوارث، والتناظر (symmetry)، مع سيطرة الوساوس الدينية في بعض الثقافات. يعاني معظم المرضى الصغار بمرض الوسواس والقهر، ويعاني البعض فقط من القهر، ونسبة قليلة تعاني من الوسواس فقط.

ومقاومة الوسواس والقهر مطلب ضروري لتشخيص الـ (OCD) بين الراشدين وحسب التصنيف الدولي (ICD-10) و (DSM-IV) فإن هذه المقاومة قد لا تظهر لدى الأطفال والمراهقين. من الشائع أن يبالغ الصغار في إخفاء أعراضهم عن الوالدين والرفاق والمختصين أيضاً خوفاً من أن تبدو أعراضهم كجنون أو غريبة للآخرين، وقد يكون هذا السبب وراء قلة عدد الأطفال الذين يُعرضون على المختصين بسبب أعراض هذا الاضطراب عما هو معروف عن نسبة انتشاره في المجتمعات.

الملامح المصاحبة (Associated features):

غالباً ما يرافق اضطراب الوسواس القهري اضطرابات القلق والاكتئاب، وقد تكون أعراضاً ثانوية له، ويكون القلق أو الاكتئاب في بعض الأحيان هو السبب الذي يؤدي لعرض الطفل على الطبيب النفسي، وربما لا يكشف الطفل عن هذه الأعراض المخجلة من تلقاء نفسه ما لم يكن هناك استفساراً محدداً عنها. يشترك الوالدان والأشقاء أحياناً في الطقوس ويطالبون بأن يطمئنوا الطفل حول أفكاره. يعاني حوالي 10٪ من المرضى من شخصية وسواسية، وليس هناك زيادة في طقوس

الاستعداد للنوم. ويستطيع الأطفال مرضى الوسواس القهري عموماً التمييز بوضوح بين أعراضهم الوسواسية القهرية وبين روتينهم المعتاد وخيالاتهم.

التشخيص التفريقي (Differential diagnosis):

1 ـ **شعائر طفولة طبيعية**: وتظهر شعائر وقت النوم ما بين الثانية والثالثة من العمر ونادراً ما تستمر لبعد الثامنة. يزيد اللعب المحصور (Rule-bound) منذ الخامسة، أما التجميع فيبدأ في حوالي السابعة، أما وساوس المراهقين بممارسة نشاط ما أو حول المعبود (Idol) فتقررها الثقافة والتكامل مع الرفاق. يشبه اضطراب الوسواس القهري إلى حد ما بعض الشعائر الطبيعية المعتادة وخصوصاً فيما يتعلق بعادات الاستعداد للنوم وغيره من المواضيع الشائعة مثل العد والتنظيم، ولكنه يختلف عنها بعدم وجود علاقة بين شعائر اضطراب الوسواس القهري والعمر، كما تتعارض الأعراض وتؤثر سلباً على التطبيع الاجتماعي بدلاً من أن تسمح بالنمو والاستقلالية.

2 ـ **اضطرابات اكتئاب أولية**: قد يؤدي اضطراب الإكتئاب إلى ظهور أعراض الوسواس القهري، ولذا يجب الانتباه للتاريخ المرضي لمعرفة أسبقية ظهور الأعراض.

3 ـ **اضطرابات انفعالية غير متمايزة**: فقد يُظهِر الأطفال مثل الراشدين اضطرابات انفعالية غير متمايزة تختلط فيها الأعراض البسيطة للوسواس القهري مع المخاوف والقلق والبؤس دون أن يسود أحد هذه العناصر.

4 ـ **اضطرابات طيف التوحدية**: تكون الشعائر والسلوكيات المكررة المميزة لاضطرابات طيف التوحد والتي يصاحبها خلل توحدي في التواصل والتفاعل الإجتماعي أبسط عادة من شعائر الوسواس القهري (OCD) وليست مجافية للذات، ومع ذلك ينبغي تذكُّر أن الأطفال والمراهقين مرضى اضطرابات طيف التوحد فقد تظهر عليهم أحياناً الوساوس القهرية التي قد تستجيب بشكل جيد للعلاج السلوكي أو الأدوية.

5 ـ **الفصام**: قد يصاحب الوساوس القهرية الفصام، ولذا ينبغي التأكد دائماً ما إذا كان الوسواس عبارة عن صوت، وما إذا كان القهر استجابة لأمر بالفعل.

6 ـ **القهم العصابي**: قد يشمل وساوس قهرية تدور حول الطعام والتمارين ولكن هذه الوساوس لا يتم تصنيفها بشكل تلقائي كاضطراب الوسواس القهري، بل بالعكس فاضطراب الوسواس القهري قد يشمل تجنب أطعمة ملوثة أو تمارين قهرية، ولكن لا يستدعي هذا عمل تشخيص إضافي باضطراب القهم العصابي، كان القصور الذي يحمله الصغير لجسده واقعياً. ورغم ذلك فهناك حالات يتواجد فيها الوسواس القهري واضطرابات الأكل معاً من البداية.

7 ـ **متلازمة توريت (Tourette syndrome)**: يصاحب عادةً متلازمة توريت ملامح من الوسواس القهري، قد تصل أحياناً لاضطراب الوسواس القهري (انظر الفصل الرابع عشر)، حيث يسبق العرات المعقدة حافز يرى البعض أنه قهري ولكن باسم مختلف. وتشير دراسات الأسرة بأن نفس الجينات ربما تكون مسؤولة عن كل من العرّات واضطراب الوسواس القهري (OCD)، لهذا فظاهرة التداخل بين اضطراب الوسواس القهري (OCD) والعرّات ليست مستغربة.

الأسباب (Causation):

يظهر الاضطراب عادة بشكل مخاتل دون أحداث مرسبة واضحة، وفي الحالات التي يستطيع فيها الوالدان أو الصغار تحديد مرسبات تكون الاستجابة عموماً غير منسجمة مع الكرب الذي يُعتَقد أنه نقطة البداية. ومن المحتمل أن التعرضية البنائية هامة في العديد من الحالات، ورغم الحماس السابق للتفسيرات السيكوديناميكية تركز النظريات الحديثة على التفسيرات البيولوجية والسلوكية. تشير دراسات علم الأعصاب والتخطيط العصبي إلى وجود اختلال بنائي أو وظيفي للعقد القاعدية، وعقد الفص الجبهي الأمامي ذات العلاقة. وهناك أيضاً اهتمام بتفسيرات المعتقد الشعبي التي ترى أن الأفعال القهرية هي أنماط ثابتة مرتبطة بالهندام والنظافة هاربة من كبت الأنا الأعلى لتعيش حياة خاصة بها.

وتستمر الطقوس بعد ظهورها لقدرتها على خفض القلق، وعادة ما يكون هناك تاريخ أسري لاضطراب الوسواس القهري، وقد يجتمع الوسواس القهري واضطرابات العرات في نفس الأسر، وقد تكون هذه إشارة بأن هذه الاضطرابات تعكس أحياناً نفس الجين أو الجينات الخفية (انظر الفصل 14). وقد تكون هناك جينات تساعد على ظهور الوسواس القهري (OCD) دون اضطراب العرات، وتبدو بعض الحالات نسخاً مظهرية تتبع التهاب البكتيريا العقدية والتي تبدي استجابة مناعية تدمر أيضاً العقد القاعدية للفرد، وهي الحالة التي يُشار لها عادةً باختصار [(Paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection)(PANDAS)]، وهي اضطرابات في المناعة الذاتية للأطفال يسبب اضطراباً نفسياً عصبياً ويكون مرتبطاً بعدوى المكورات العقدية.

ورغم أن (PANDAS) مسمى حديث نوعاً ما، فإن الارتباط بين الحالات التالية لما بعد التهاب المكورات العقدية، وأعراض الوسواس القهري كان ملاحظاً منذ زمن في رَقَص سيدنهام (Sydenham Chorea)، وهو الشكل العصبي للحمى الروماتزمية.

المعالجة (Treatment):

تُعتبر توعية الصغار المصابين (ووالديهم والمدرسين ورفاق الصف) حول طبيعة هذا الاضطراب أمراً أساسياً بسبب سوء الفهم المنتشر عن اضطراب الوسواس القهري. تقدم أساليب العلاج الدوائية والسلوكية نتائج إيجابية مع الأطفال مع تفوق بسيط لنتائج المعالجة الدوائية. تبدأ عادةً المعالجة السلوكية لضبط السلوكيات القهرية بتسجيل المذكرات، ثم يوجه الطفل لبناء هرم من السلوكيات القهرية مبتدئاً بالتي يسهل عليه مقاومتها إلى الأصعب (التي تسبب درجة أعلى من القلق)، والبدء بالأفعال التي يسهل مقاومتها، ويُشجَع الطفل ويُساعَد على تجنب تنفيذ الرغبة القهرية، وعندما يتم التنفيذ فإن التعرض للمثيرات مع الامتناع عن الاستجابة يؤدي إلى حافز مؤقت للقلق يتبعه انخفاض أعلى وأكثر ثباتاً للنزعة القهرية. يصعب مقاومة الوساوس التي لا يصاحبها سلوك (اجترار) باستخدام

الأساليب السلوكية رغم أن الأساليب المعرفية قد تكون مفيدة، وتكون مشاركة الأسرة أيضاً مفيدةً خصوصاً إذا كان أفراد الأسرة قد شاركوا بالفعل في حجب هذه الطقوس.

وللأدوية دور فعال في العديد من الحالات سواء كانت مصاحبة أو بديلاً للأساليب السلوكية. تكون بعض مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) المختارة أو الكلُومِيبْرامين (Clomipramine) فعالة، كما أنه يسهل تحملها حتى بالنسبة للأطفال الصغار بدءاً من عمر السادسة، وتبدأ عادة بجرعات صغيرة تزيد بعد ذلك ببطء، وقد يكون من الضروري الالتزام بتعاطي الدواء لفترات طويلة خصوصاً إذا أدى إيقافها في السابق إلى انتكاس المريض رغم اهتمام المعالجة السلوكية المناسبة بالوقاية من الانتكاس.

استُخدِمت الأساليب المناعية بما فيها استبدال البلازما (Plasma exchange) لعلاج البدايات الحادة لاضطراب الوسواس القهري (OCD) بعد التهاب بكتيريا المكورات العقدية، وأشارت بعض التجارب القليلة إلى نتائج مثيرة، ولكن هناك حاجة لمزيد من البحث والدراسة قبل تعميم اعتماد هذه الأساليب في العلاج.

المآل المرضي (Prognosis):

على خلاف غيره من الاضطرابات الانفعالية في الطفولة والمراهقة، فإن اضطراب الوسواس القهري اضطراب مُلح، وتُشفَى تماماً فقط قلة قليلة من الحالات دون معالجة بعد مدة تتراوح ما بين 2 - 5 أعوام. ومع المعالجة المثالية تبقى نسبة من الأفراد تعاني من الاضطراب أو على الأقل من بعض أعراضه المزعجة.

الفصل الرابع عشر

متلازمة توريت وغيرها

من اضطرابات العرة

Tourette Syndrome and other Tic Disorders

العَرّات (اللازمات) (Tics) هي حركات فجائية نمطية متكررة، وتُقسَم إلى عرات حركية (Motor tics) أو نطقية (Utterance)، (العرات الصوتية أو اللفظية). وهي استجابة لا إرادية أو إرادية جزئياً لحافز منذر. العرات الحركية البسيطة (مثل الغمز بالعين Blinks)، أو التكشير (Grimaces)، أو هز الكتف Shrugs) والعرات الصوتية البسيطة (مثل النباح Bark، أو الشمة Sniffs، أو خَفْخَفَة صوت شبيه بصوت الخنزير Grunts) بدون هدف .

قد تبدو العرات الحركية المعقدة (مثل تملس الشعر للخلف، الدوران، لمس الأشياء)، والعرات الصوتية المعقدة (مثل الكلمات أو العبارات) هادفة أكثر لكنها غير مناسبة للمحتوى. وتظهر العرات عادة في نوبات، وتختلف شدتها بشكل واضح من أسبوع لآخر ومن شهر لآخر، يمكن كبتها لفترة وجيزة وتتحسن أثناء النوم أو الاستغراق في نشاط، وتزداد سوءاً مع الكرب أو الاسترخاء. وكرب التعرض للإغاظة أو الالتفات من قِبَل الآخرين بسبب العرات يزيدها سوءاً مما يجعل الفرد يدور في دائرة مغلقة.

التصنيف (Classification):

تشمل متلازمة توريت [(Tourette Syndrome) (TS)] عرات حركية وصوتية مزمنة، وتتكون من أكثر من نمط للعرات الحركية ونوع واحد من العَرّات

الصوتية على الأقل، وتستمر لأكثر من عام وتبدأ قبل الحادي والعشرين من العمر.

وهناك اضطرابات أخرى صُنفت بواسطة الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV) والتصنيف الدولي (ICD-10) مثل اضطراب العرات الحركية أو الصوتية المزمن، واضطراب العرات العابر (Transient tic disorder). تصنف معظم الاضطرابات النفسية لدى الأطفال عندما تسبب أعراضها معاناة أو خلل اجتماعي بدرجة ملحوظة، وهي طريقة جيدة للتمييز بين التنوع الطبيعي والاضطرابات التي تحتاج إلى مساعدة متخصصة.

وضعت المعاناة والخلل الاجتماعي من ضمن متطلبات تشخيص اضطرابات العرات في تصنيف (DSM-IV)، ولكنها غائبة عن النسخة البحثية منها (DSM-IV-R) وعن تصنيف (ICD-10). ومن مساوئ هذا الحذف أن العديد من الأفراد سيتم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطرابات العرات رغم عدم حاجتهم لمساعدة متخصصة.

الوبائيات (Epidemiology):

تصيب متلازمة توريت (TS) حوالي (3-10) بين كل 10000 طفل ومراهق. والنسبة بين الذكور والإناث على الأقل 1:3، واضطراب العرات الحركي المزمن أكثر انتشاراً على الأقل بثلاث مرات ، ومع ذلك تبقى العرات العابرة أكثر شيوعاً حيث يشار إلى أنها تصيب من 4-16٪ من الصغار في مرحلة ما من عمرهم (وقررت هذه النسبة اعتماداً على تقارير الوالدين والتي قد تكون مُبالَغ فيها بسبب عدم دقة التعريف).

الملامح المميزة (Characteristic features):

يعتبر متوسط العمر لبداية العرات الحركية حوالي السابعة من العمر، ونادراً ما تظهر قبل الثانية أو بعد الخامسة عشر من العمر. والعرات الحركية الأكثر

شيوعاً هي العرات الحركية البسيطة، والتي تشمل العينين والوجه والرأس والعنق، أما العرات الحركية الأكثر تعقيداً فهي تظهر متأخرة كما أنها نادرة. تبدأ العرات الصوتية عادة بعد عام أو عامين من العرات الحركية، والعرات الصوتية البسيطة شائعة أكثر من المعقدة، ورغم أن العرة الصوتية المعقدة والتي تشمل الكلام البذيء (Obscene speech)، والبَذَاءة (Coprolalia) معروفة إلا أنها غير شائعة وتظهر بعد أربع إلى ثمان سنوات من البداية، ولذا فمن الخطأ استبعاد تشخيص متلازمة توريت (TS) على أساس غياب البذاء. وقد يظهر كل من الكلام المتردد (Echoed speech)، وتكرار الأفعال (Echopraxia) والأفعال، أو الحركات البذيئة (Copropraxia) قد تظهر أيضاً.

الملامح المصاحبة (Associated features):

1 ـ أعراض الوسواس القهري (تصل أحياناً إلى حد اضطراب الوسواس القهري) تظهر ما بين ثلث إلى ثلثي الأفراد المصابين بمتلازمة توريت خصوصاً بين الأفراد الأكبر سناً. فمن الشائع ظهور عادات المساء، والعد، والطقوس واللمس، رغم احتمالية ظهور الأعراض العادية لاضطراب الوسواس القهري مثل التحقق والاهتمام بالملوثات.

2 ـ يظهر ضعف الانتباه وأعراض فرط النشاط [ويصل أحياناً إلى حد تشخيص اضطراب ضعف الانتباه ـ فرط النشاط (ADHD)] في 25-50٪ من الحالات، ويظهر عادة قبل بداية العرات نفسها، وقد يكون وجود (ADHD) المصاحب هو الذي يتنبأ بصعوبات التعلم والمشكلات السلوكية المرافقة أكثر من العرات نفسها.

3 ـ وصفت ملامح مصاحبة كثيرة مثل إيذاء الذات، الفشل في السيطرة على العف الداخلي، ومشكلات النوم، والاضطرابات الوجدانية، واضطرابات القلق، والشخصية الفصامية، واضطرابات طيف التوحد.

التشخيص التفريقي (Differential diagnosis):

1 ـ أشكال أخرى من ضعف الحركة والعرات البسيطة، ولكن تختلف عنها من بعض النواحي (مثل عدم زيادتها أثناء الاسترخاء).

2 ـ وقد تشبه الصور النمطية التي تُرى عادة في صعوبات التعلم المعممة الشديدة، واضطرابات طيف التوحد العرات الحركية المعقدة، ولكن من النادر أن نجد عرات معقدة دون بعض العرات البسيطة أيضاً.

3 ـ لا يمكن التمييز بسهولة بين السلوكيات القهرية والعرات المعقدة التي يسبقها حافز أو شيء مُلح ولكن يميز العرات المعقدة أنها يصاحبها عادة عرات بسيطة.

الأسباب (Causation):

تنتشر عادة في بعض الأسر كلٌّ من متلازمة توريت، والعرات المزمنة، واضطرابات الوسواس القهري (OCD)، وغالباً ما نجد تكرر اضطرابات العرات بين الأقارب الذكور أكثر من الوسواس القهري (OCD)، والعكس صحيح بين القريبات الإناث .لم تنجح الدراسات الجينية في تحديد جين أساسي ينطبق عليه القانون المندلي، ولكن هناك احتمالية لتحديد موقع لجينات إضافية وإن لم يكن هذا مثبت تماماً بعد. ورغم وجود أدلة قوية على اكتناف نظام الناقل العصبي الدوباميني الخاص بالجسم المخطط (Striatal dopaminergic system) في متلازمة توريت فلا يوجد تأييد كبير لفرضيات محددة تربط بين العرات وزيادة الناقل العصبي دوبامين (dopamine) أو زيادة التحسس لمستقبلات الناقل العصبي (D2). وهناك نظريات عديدة لكن غير مثبتة تربط بين العرات وعدم التوازن في أنظمة ناقلات عصبية أخرى بما فيها النظام الكولينِيُّ (Cholinergic)، والنُورأَدْرينيّ (Noradrenergic)، والسِيرُوتونينِيُّ (Serotonergic)، والجلوتاميني (Glutaminergic)، وحمض الجاما أمينوبوتيريك (Gamma aminobutyric acid). وهناك أدلة متزايدة على أن التهاب بكتيريا المكورات العقدية (Streptococcal infection) يمكن أن

يطلق أحياناً نظام المناعة الذي يدمر العقد القاعدية مسبباً لمتلازمة (PANDAS). وتشمل المظاهر النفسية العصبية العرات والوسواس القهري.

المعالجة (Treatment):

يجب أن نوضح من البداية لكل من الطفل والأسرة والمدرسة أن اضطرابات العرات هو اضطراب طبي يصعب على الطفل السيطرة عليه، كما أنه ليس جني أو ناتج عن المس الشيطانى. والعرات البسيطة قد لا تحتاج إلى معالجة محددة، وربما تكون المعالجات النفسية مثل تمارين الاسترخاء وتغيير العادات مفيدة، ولكن الأدلة على فائدتها ليست كافية بعد، فهي قد تكون خط قاعدي لمعالجة الصغار المصابين باضطراب عرات بسيط، أو الصغار المصابين بأنواع حادة من اضطرابات العرات والراغبين في تجربة الطرق النفسية قبل الدوائية.

وأفضل علاج معروف هو المعالجة الدوائية بمُضادّاتُ الذُّهان (Neuroleptics). وتستطيع مضادات الذهان بشكل عام أن تخفض حدة العرات بحوالي الثلثين وإن كان ذلك على حساب ضعف التعلم أو أعراض خارجَ السَّبيلِ الهرمي (Extrapyramidal)، ولا يمكن عادة التخلص تماماً من العرات دون رفع مضادات الذهان إلى مستويات تؤدي إلى آثار جانبية غير مقبولة. مضادات الذهان الأكثر استخداماً هي هالُوبيرِيدُول [(Haloperidol) (دواء مهدئ ومضاد للقيء)، وبيموزيد (Pimozide)(دواء مضاد للذهان)]، وبسبب الاهتمام بالآثار الجانبية (بما فيها احتمالية خطر الإصابة باضطراب قلبي قاتل من استخدام دواء بيموزيد) انتقل لاستخدام مضادات ذهان أخرى مثل سَلبيريد [(Sulpiride) (مهدىء خفيف) وريسبيريدون (Risperidone)]، رغم ضعف الأدلة على فاعليتها.

وبسبب تغير اضطرابات العرات بالزيادة والنقصان تكون هناك حاجة لزيادة جرعات الدواء لتتناسب مع شدة الحالة، والانتباه لضرورة خفضها مرة أخرى بعد استقرار الحالة. يجب أن تعاير الجرعة دائماً للتأكد من حصول الطفل على أقل جرعة ممكنة ولكن تكفي لتحقيق الضبط الملائم للعرة (وليس التخلص منها) .

ويمكن استخدام كلُونيدين [(Clonidine) (دَواءٌ خافِضٌ لِضَغْطِ الدَّم)] بدلاً من مضادات الذهان حيث إن آثاره الجانبية أقل بكثير، وإن كان من عيوبه أنه أقل فاعلية حيث ينجح في خفض ثلث العرات بدلاً من الثلثين.

ويمكن علاج الوساوس القهرية المصاحبة بالأساليب السلوكية أو الدوائية، حيث تستخدم بعض مثبطات استرداد السيروتونين (SSRIs) المختارة أو كلومبيرامين (Clomipramine) مدمجاً مع مضادات الذهان عند الضرورة. وعندما يعاني الطفل المصاب بالعرات من ضعف الانتباه والهياج يصبح استخدام المنبهات موضع جدل حيث إنها قد تزيد العرات. وتشمل بدائل المنبهات كلُونيدين، بيبروبرون (Buproprion)، وثلاثية الحلقات (Tricyclics) مثل إيميبرامين [(Imipramine)(دَواءٌ مضاد للاكتئاب)].

أما العرات التي تظهر كجزء من متلازمة (PANDAS) فهناك دلائل على فاعلية العلاج المناعي بما فيها تغيير البلازما، ولكن هناك حاجة للتأكد من هذه الطريقة قبل تعميمها كمعالجة معيارية.

الفصل الخامس عشر

الخرس الانتقائي

Selective Mutism

يفهم أطفال الخرس الانتقائي ما يقوله الآخرون، ولكنهم يقصرون كلامهم على مجموعة صغيرة مألوفة جداً من الأشخاص وفي ظروف محددة، ويتحدث عادة هؤلاء الأطفال بحرية وصورة طبيعية مع الوالدين والأشقاء في المنزل، ولكنهم لا يتحدثون مع رفاق الصف ولا مع المدرسين. يظهر الخرس عادة من بين الثالثة إلى الخامسة من العمر، ولا يُحَّول الطفل في عمر ما قبل المدرسة إلى المختصين حيث يبدأ التحويل مع بداية الدراسة الإلزامية. ويشخص كثير من الإكلينيكيين الحالة كخرس إذا استمرت لفترة تزيد عن ستة أشهر رغم أن تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV) والتصنيف الدولي (ICD-10) يشترطان استمرار الأعراض فقط لمدة شهراً.

الوبائيات (Epidemiology):

يكثر عادة رفض الحديث في المدرسة خلال الشهور الأولى من بداية الانتظام فيها، ويصيب حوالي 1٪ من الأطفال حسبما أشارت إحدى الدراسات (تزيد هذه النسبة بين أطفال المهاجرين) وتكون هذه المشكلات قصيرة العمر عموماً، ففي سن السادسة أو السابعة تصل نسبتها في الأطفال من (3-18 في العشرة آلاف) (وتتداخل مع التقديرات الحالية للتوحد في الطفولة)، وبينما يكون الذكور عادة أكثر عرضة لجميع أنواع الاضطرابات اللغوية، نجد أن نسبة الخرس الانتقائي متساوية تقريباً بين الذكور والإناث مع زيادة طفيفة لدى الإناث أحياناً. لا يرتبط الخرس الانتقائي بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي، ولا بحجم الأسرة، ولا بالترتيب في الولادة.

الملامح المصاحبة (Associated features):

1 ـ **وجود مشكلات نفسية أخرى**: مثل زيادة معدلات القلق والاكتئاب، وسلس البول (Enuresis)، بَداغَة (سلس براز لاعضوي) (Encopresis)، وفرط النشاط والعرات. تشير الدراسات الحديثة إلى زيادة معدلات القلق الاجتماعي تحديداً حيث تنطبق على معظم الشروط التشخيصية للخوف الاجتماعي (Social phobia) في (DSM-IV) أو اضطراب القلق الاجتماعي (Social anxiety) في الأطفال حسب تصنيف (ICD-10). يرى البعض أنه يجب النظر إلى الخرس الانتقائي كعرض من اضطراب القلق الاجتماعي بدلاً من اعتباره متلازمة تشخيصية منفصلة.

2 ـ **مشكلات لغوية**: بسبب التعريفات يجب أن يكون الطفل قادراً على التحدث بطلاقة وبشكل طبيعي في بعض المواقف، ولكن يوجد عادة تاريخ من مظاهر تأخر الكلام أو مشكلات بسيطة في تلفظ الكلام. وهي أمور توجه للتقييم، ومن غير المتوقع أن يتحدث هؤلاء الأطفال مع من يقوم بالتقييم، ولذا يتم تقييم مستوى اللغة والتلفظ بطريقة أخرى مثل الاستماع إلى تسجيل لحديث الطفل في المنزل ورؤية بعض نماذج كتابته. ومن المفيد أحياناً أن يتم تقييم مستوى لغة الطفل على يد أخصائي خطابة أو مختص نفسي. يعتبر اختبار صور الكلمات الذي يطلب من الطفل الإشارة إلى الصورة التي توضح الكلمة مسح جيد للمشكلات اللغوية.

3 ـ **الذكاء**: يجب تقييمه باستخدام اختبارات غير لفظية لا تتطلب أن يتحدث الطفل مثل الاختبارالفرعي للإبصار الفراغي (Visuospatial Subtest)، وهو من الاختبارات المتعددة والمتنوعة للقدرات العقلية. وبينت إحدى الدراسات أن متوسط الذكاء (IQ) غير اللفظي بين أطفال الخرس الانتقائي يتراوح ما بين 70- 100 بمتوسط 85، وقد يظهر الخرس الانتقائي بين الأطفال المصابين بصعوبات التعلم المعممة البسيطة والحادة.

4 ـ **العلاقات**: لوحظ أن معظم الأطفال يتصفون بالخجل الشديد منذ سنوات ما قبل المدرسة وما بعده، ويتميزون بالانسحابية مع كل من الأطفال والراشدين.

5 ـ **الشخصية**: تتصف شخصياتهم بقوة الإرادة والصلابة، بعضهم عابس مع الغرباء وعدواني في المنزل، وآخرون خجولون مع الغرباء ومطيعون في المنزل، ومع ذلك فبعضهم حساس وسريع الانزعاج في المنزل وخارجه، ومن الشائع أن نجد بينهم خليط من أنماط هذه الشخصيات.

6 ـ **عوامل أسرية**: يوجد عادة تاريخ من القلق الاجتماعي أو الخرس الانتقائي بين الوالدين أو الأشقاء. وهناك إشارات لوجود أنماط الحماية الزائدة للرعاية الوالدية، وكذلك خلافات زوجية (لكن دون انفصال)، ومرض الوالدين النفسي (القلق، والاكتئاب) وغيرها من المشكلات في شخصية الوالدين (عدوان زائد أو خجل).

7 ـ **خبرات صادمة**: رغم تركيز الدراسات عن الخرس الانتقائي على العوامل الشخصية أكثر من الخبرات الصادمة أشارت نتائج إحدى الدراسات أن أطفال الخرس الانتقائي كانوا أكثر معاناة من الإساءة ومُعّرضين لها أكثر من غيرهم في الجماعة الضابطة من رفاق الصف أو الأطفال ممن لديهم مشكلات لغوية نمائية أو مشكلات في الكلام، وغالباً ما تكون هذه الإساءة جنسية، وما زالت هناك حاجة لمزيد من التوضيح لدور الخبرات الصادمة.

التشخيص التفريقي (Differential diagnosis):

1 ـ **الطبيعي** يختلف الأطفال عادة في كيفية تعاملهم مع المواقف الغريبة، فهل يُعتبر الخرس العابر في بداية الذهاب للمدرسة صورة مبالغة من الخجل الطبيعي؟ وهل يُعتبر الخرس المستمر درجة من نفس النوع أم أنه يشكل نوعية مختلفة؟

2 ـ **تستبعد احتمالية وجود اضطرابات لغوية نمائية حادة أو مكتسبة** للاضطرابات اللغوية النمائية الخطيرة أو المكتسبة، وهي ما يمكن أن نستبعدها فقط إذا كانت هناك أدلة على كون حديث الطفل طبيعياً في بعض المواقف.

3 ـ **اضطرابات طيف التوحد** وهي تستبعد فقط بنفس الأدلة مع الملاحظة المباشرة للانفعال الطبيعي والتفاعل الاجتماعي مع أفراد الأسرة.

4 ـ الخرس الهستيري ويكتنف في العادة على فقدان القدرة على الكلام في جميع المواقف، ويحدث فجأة (وأحياناً كتابع لكرب محدد)، ولا يسبقه خجل ملحوظ (زائد) طول الحياة.

الأسباب (Causation):

قد يظهر الخرس الانتقائي نتيجة لخليط من العوامل البنائية والبيئية. تزيد بعض العوامل من الخجل البنائي الواضح مثل الكرب في المنزل، أو الهجرة، أو الوعي الذاتي ببعض مشكلات التلفظ البسيطة، أو المشكلات المعرفية. قد يتم تعزيز الخرس من خلال الانتباه الزائد والحنان في المنزل والمدرسة. ويصعب بدون دراسات التوائم أو أطفال التبني تحديد ما إذا كان تكرار ظهور الخرس في بعض الأسر يعود الى بعض العوامل الجينية أم إلى انتقاله من خلال النمذجة الاجتماعية، هل يشعر الوالدان القلقان المبالغان في الحماية لأطفالهم بالقلق الاجتماعي؟ أم أن الجينات التي تجعل الوالدين قلقين ومبالغين في الحماية، وبالتالي تدفع أطفالهم كذلك كي يكونوا قلقين ويستخدمون الخرس بشكل انتقائي؟

المعالجة (Treatment):

قد تكون الأساليب السلوكية مفيدة مثل إزالة حساسية الطفل للحديث أمام مجموعة كبيرة عن طريق الابتداء بالحديث أمام شخص مألوف مع زيادة حجم المجموعة تدريجياً، والواضح أنه من الضروري أن نتأكد من أن معززات الكلام تكون أعظم مما يعزز عدم الحديث (من خلال تركيز الانتباه على سبيل المثال). وحيث إن الخرس الانتقائي يُعتبر مشكلة مدرسية يكون المدرسون والمعالجون في الصف الخط العلاجي الأول باتباع توجيهات الإكلينيكيين وعلماء النفس التربويين. يمكن الاستفادة من المعالجة الخطابية في التعامل مع المشكلات اللفظية؛ وذلك لتقليل حرج الطفل من الحديث أمام الآخرين، ويمكن للخطة العلاجية أن تشمل التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج الأسري من أجل التخلص من المشكلات المصاحبة في العلاقات الاجتماعية.

أظهرت مثبطات استرداد السيروتونين المختارة (SSRIS) فاعلية في حال ظهور المخاوف الاجتماعية والخرس الانتقائي، وذلك من خلال عدة دراسات صغيرة، ولكن هذه النتائج لا تعتبر نهائية. لا يفضل البدء باستخدام الأدوية قبل تجربة الأساليب العلاجية السلوكية، وفي حال استخدام الدواء يجب سحبه تدريجياً.

المآل المرضي (Prognosis):

رغم أن الخرس الانتقائي المصاحب لدخول المدرسة عابر فإن احتمالية الشفاء منه تتناقص تدريجياً إذا استمر على الأقل من 6-12 شهراً. أشارت دراسة عن بعض الحالات بأن نصف المرضى لم يظهروا تحسناً إطلاقاً أو تحسنوا بشكل طفيف بعد فترة من خمس إلى عشر سنوات. يتوقع غالباً حدوث التحسن في السنوات المدرسية الأولى، ولكن قد يحدث بعد ذلك، ويصاحب الشفاء من الخرس غالباً وليس دائماً تحسناً في العلاقات أيضاً.

الفصل السادس عشر

اضطرابات التعلق

Attachment Disorders

يُعتبر نمط تعلق الأطفال بوالديهم وغيرهم ممن يقوم برعايتهم ذا أهمية نمائية عالية، فتمهد نوعية هذه الارتباطات للنمو اللاحق. وكما سنناقش في الفصل (28) يحقق الأطفال ممن لديهم أنماط ارتباطات غير آمنة أداء أسوأ على صعيد النمو النفسي والاجتماعي من الأطفال الذين لديهم ارتباطات آمنة.يُنْظر لنمو الارتباط غير الآمن كعامل اختطار لسوء التوافق لا كاضطراب بحد ذاته، هناك العديد من الأطفال الذين لا يتمتعون بارتباط آمن، ولكنهم متلائمون بشكل جيد مع محيطهم ولا يعانون من أي مشكلات نفسية، وعلى النقيض نجد أن قلة من الأطفال ممن يظهرون أنماط ارتباطات غير سوية بالمرة وتنتج عنها المعاناة الشديدة، أو القصور الاجتماعي هؤلاء هم الأطفال الذين يُعتَقد أن لديهم اضطراب في التعلق.

أشكال من اضطراب التعلق:

يؤكد كل من الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV) والتصنيف الدولي (ICD-10) نوعين من اضطرابات التعلق وهما:

1 ـ **غير المثبط (Disinhibited)**: هي صورة إكلينيكية محددة بشكل جيد في تصنيف (ICD-10)، وتسمى «اضطراب التعلق غير المثبط» (Disinhibited attachment disorder)، ويقدم تصنيف (DSM-IV) اضطراب التعلق التفاعلي (النوع غير المثبط) (Reactive attachment disorder) disinhibited type]. يحتاج الطفل عند شعوره بالضيق للمواساة، ولكن تنقصه القدرة الطبيعية على اختيار الأفراد المناسبين كي يطلبها منهم، ويكون تفاعله مع الغرباء ضعيف التنظيم، ويتصف السلوك العام في مرحلة

الرضاعة بالتعلق أو جذب الانتباه، أما في الطفولة المبكرة أو المتوسطة فيكون السلوك ودود بدون تمييز. هناك أدلة متراكمة على ثبات اضطرابات التعلق غير المثبط، والتي ترتبط عادة بتكرر تغير من يقوم برعاية الطفل في السنوات المبكرة من حياته بما فيها أيضاً التغيير المتكرر لإماكن الرعاية البديلة أو النشأة في نزل جماعي يتغير القائمون عليه كثيراً.

2 ـ **المثبط (Inhibited)**: وهذه الصورة الإكلينيكية ضعيفة التحديد، وتُسمى «اضطراب التعلق التفاعلي» (Reactive attachment disorder) حسب تصنيف (ICD-10) وحسب تصنيف (DSM-IV) يُسمى اضطراب التعلق التفاعلي ـ النوع المثبط (Reactive attachment disorder-inhibited type). بسبب ضعف تعريف هذا النوع من الاضطراب تقريباً يستحيل إجراء أبحاث حوله. وحسب الوصف الإكلينيكي لاضطراب التعلق المثبط يكون التفاعل الاجتماعي مثبطاً، وقد يكون متناقضاً وجدانياً أو متيقظاً جداً، ولهذا تكون استجابة الطفل لمن يقوم برعايته خليطاً من الأساليب مثل التجنب ومقاومة المواساة أو إبداء الحذر الشديد، ويغلب على هؤلاء الأطفال البؤس ونقص الاستجابة الانفعالية، وقد يستجيبوا بعدوانية لمعاناتهم أو معاناة الآخرين.

التشخيص (Diagnosis):

يشير كل من تصنيف (ICD-10) و (DSM-IV) إلى معايير التشخيص التالية:

1 ـ **الشدة**: يكون الأطفال غير مرتبطين بأي معنى من المعاني، ولا يقيمون علاقات مستمرة مع من يقوم برعايتهم ممن يقدمون لهم إحساساً قاعدياً بالأمان.

2 ـ **الانتشار**: لأن الاضطراب الشديد في العلاقة مع أحد الوالدين بحد ذاته، أو مع أي ممن يقدمون الرعاية يعتبر غير كاف، يجب أن يظهر اضطراب التعلق في العلاقة مع أكثر من فرد ممن يقدمون الرعاية للطفل.

3 ـ **المعاناة أو عدم القدرة**: يسبب اضطراب التعلق معاناة دائمة للطفل أو عجز

اجتماعي، وذلك جزئياً كنتيجة لحاجة الطفل لعلاقة ارتباط طبيعية، وكنتيجة لمجموعة واسعة من الصعاب الاجتماعية المصاحبة (مثلاً ضعف العلاقات مع الرفاق).

4 ـ **يبدأ قبل سن الخامسة:** فهو مثل التوحد يقع ضمن الاضطرابات النفسية القليلة التي يمكن تشخيصها في الثالثة أو قبل ذلك.

5 ـ **ليس توحداً**: لا يُعزَى الخلل في علاقات الطفل الاجتماعية إلى اضطرابات طيف التوحد (راجع الفصل الرابع) فهناك غياب لكثير، مما يسببه التوحد مثل الطقوس أو صعوبات التواصل، كما توجد عادة قدرة طبيعية على التبادلية الاجتماعية والاستجابة في التفاعل مع الراشدين العاديين. قد لا تظهر في بعض الحالات المتطرفة قدرات الطفل الاجتماعية بسبب الظروف الاجتماعية التي يعيش فيها، ولهذا تعتبر استجابة الطفل في ظروف رعاية أفضل واحدة من معايير التشخيص، على سبيل المثال يعتبر الاندماج السريع في الاستجابة والتبادلية الاجتماعية في مكان إقامة بديل مؤشراً لاضطرابات التعلق وليس اضطراب التوحدية.

6 ـ **يفوق العمر العقلي بحوالي 10-12 شهراً**: فقد يعجز الأطفال المصابون بصعوبات تعلم معممة عن اختيار الارتباط المناسب بسبب عدم وصولهم إلى العمر العقلي الذي يسمح بالقيام بهذه العملية، ولذا فهو لا يستدعي تشخيص إضافي لاضطراب التعلق.

7 ـ **الرعاية المسببة للمرض**: تتطلب معايير التشخيص حسب تصنيف (DSM-IV) أن تكون هناك رعاية غير سوية ويشمل ذلك: التغير المتكرر للراعي الأول، أو منع تأسيس ارتباط ثابت، أو تجاهل دائم لحاجات الطفل الأساسية الفسيولوجية والانفعالية. ويوضح تصنيف (ICD-10) أن اضطراب التعلق يصاحبه عادة رعاية مسببة للمرض، ولكن لا يجعلها شرطاً للتشخيص، ويسمح هذا بتشخيص حالات الأطفال الذين يتم تبنيهم وتنطبق عليهم باقي المعايير، ولكن تنقص المعرفة عن طبيعة رعايتهم السابقة.

التشخيص التفريقي (Differential diagnosis):

يمكن أن نشاهد عدم التثبيط وفقدان الصداقة غير المميز في الحالات الشديدة من فرط النشاط (ضعف الانتباه/ فرط النشاط وفرط الحركة)، والهوس وبعد تضرر الفص الجبهي الأمامي بعد جراحة كبيرة في الرأس. يمكن أن نرى التثبيط في المخاوف الاجتماعية والخجل، ومن المعروف دائماً بأن الأطفال الخجولين والقلقين متعلقون بوالديهم، ولكن يصعب التأكد من ذلك في حالة وجود صعوبات تعلم معممة حادة.

اضطرابات التعلق مقابل التعلق غير الآمن

(Attachment disorders v. insecure attachment):

إن التعلق موضوع أساسي للبحث لعقود من الزمن، وهناك الكثير مما كُتِب حول التعلق الآمن وغير الآمن (انظر فصل 28)، فكيف يختلف اضطراب التعلق عن التعلق غير الآمن؟

أولاً: هناك فروق كبيرة في المعدلات، فبينما نجد أنه يتم تصنيف 40٪ من الأطفال على أن لديهم تعلق غير آمن، يبدو أن اضطراب التعلق أكثر ندرة.

ثانياً: قد يكون لدى الطفل تعلق غير آمن مع شخصية واحدة ممن يقدمون الرعاية (مثلاً الأم) دون الآخرين (مثلاً الأب)، بينما تشمل اضطرابات التعلق مشكلات شديدة ودائمة.

ثالثاً: لا يؤدي التعلق غير الآمن دائماً إلى المعاناة أو الخلل الاجتماعي، بينما تؤدي اضطرابات التعلق إلى هذه النتائج.

رابعاً: نرى أن الأعراض المميزة لاضطرابات التعلق (خصوصاً اضطراب التعلق غير المثبط)، أنها لا تنسجم مع أي من الأنماط الفرعية المحددة من التعلق غير الآمن بما فيها التعلق العشوائي غير الآمن (type D).

تقييم الطفل (Assessment of the child):

عند تقييم الطفل المصاب باضطراب التعلق نجد أنه لا يكفي أن نطبق واحداً من التقييمات المعيارية لآمان التعلق مثل: (Ainsworth Strange Situation Procedure) (انظر فصل 28)، والتي تصلح فقط لما دون السنتين من العمر. يجب الاهتمام بالحصول على تاريخ شامل من عدة مصادر للمعلومات، وأن تتم ملاحظة الطفل في عدة مواقف، والتركيز الأساسي يجب أن يُصوب تجاه الجوانب المتعددة للتعلق:

1 ـ **ملجأ آمن**: هل لدى الطفل أفراد يستطيع اللجوء اليهم عند شعوره بالضيق من أجل الحصول على المواساة وتعزيز الثقة؟ قد لا يطلب الأطفال المصابون باضطراب التعلق المواساة، أو قد يكونون متناقضين وجدانياً، أو قد يطلبون المساعدة بطرق غريبة مثل السير بطريقة معكوسة نحو من يقوم بالرعاية بدلاً من التقدم نحوه، والقيام بتواصل بصري معه.

2 ـ **قاعدة آمنة**: هل يستطيع الطفل الخروج لاستكشاف العالم والعودة لمن يقوم بالرعاية للحصول على الأمان عند الحاجة؟ قد يكون الطفل المصاب باضطراب التعلق مثبط بشدة نحو الاستكشاف، أو قد يكون مستكشف غير مثبط دون اعتبار لسلامته.

3 ـ **رابطة دافئة**: قد يُظهِر الطفل المصاب باضطراب التعلق حاجة للحنان والعواطف أو عواطف مختلطة.

4 ـ **الانتقائية**: هل يرتبط الطفل بالأغراب كرموز للرعاية؟ هل يتجه لهم لطلب المواساة؟ هل يتعلق بهم؟ هل يُظهِر لهم عواطف ود غير مناسبة؟

5 ـ **عكس الأدوار**: هل يتصرف الطفل كراعي للراشدين المهتمين؟ أو هل يتصرف معهم بطريقة مسيطرة؟

إن التقييم الكامل يتطلب أيضاً تحديد عمر الطفل عند بداية المشكلة، ويتطلب أيضاً تحديد نوع وكيفية الرعاية المقدمة حالياً والتي قدمت في السابق، ويجب الانتباه لأي خلل اجتماعي أوسع، على سبيل المثال، ما مدى تعامل الطفل بانسجام

مع غيره من الأطفال، هل يميل الى تجاهل أو مهاجمة غيره من الأطفال عند شعوره بالضيق؟ يجب الانتباه إلى مؤشرات خلل التوحد وصعوبات التعلم المعممة الحادة. هذه بعض التشخيصات الفارقة التي يجب الانتباه لها واستبعادها كي نستطيع تطبيق شروط اضطراب التعلق على الطفل، وقد يجب الاهتمام أيضاً بإصابات الدماغ أو فرط الحراك كتفسير بديل للألفة الزائدة مع الراشدين، والاستكشاف غير المثبط، وضعف العلاقات مع الرفاق، ومع ذلك لا تعتبر هاتان الإصابتان مسؤولتين عن الفشل في طلب المواساة من مصادر الرعاية عند الشعور بالضيق.

تقييم الرعاية المُقدمة (Assessment of the care received):

يجب الحصول على تاريخ دقيق منذ لحظة الولادة وحتى اللحظة الحالية، وتركيز الانتباه على ثبات الشخصيات والأفراد الذين يقدمون الرعاية مقابل عدد مرات تغيرهم، وعلى نوعية الرعاية المقدمة بما فيها الدفء وتقديم المشاعر، والعدائية أو الاساءة. يجب الاستفسار بدقة من الأشخاص المقربين من الطفل وقد يشمل هذا موظفي الصحة الذين يقومون بالزيارات المنزلية والأقارب، إلى جانب من يقومون مباشرة برعاية الطفل. لابد من ملاحظة تفاعل الطفل مع من يقوم برعايته في الوقت الحاضر بطريقة مباشرة، والبحث عن استجابات تفتقر إلى الحساسية وغير ملائمة عن أي سلوكيات غريبة للطفل.

المسار والمآل المرضي (Course and prognosis):

ما زالت هناك حاجة لمزيد من الدراسة حول تطور اضطراب التعلق، ومع ذلك يمكننا الاستنتاج والقول من خلال المتابعات لبعض الأطفال الذين أمضوا سنواتهم المبكرة في المؤسسات، أو ممن عانوا من تعلق غير آمن أن مشكلات التعلق المبكرة غالباً ما تؤثر على العلاقات الحميمة وعلى الصداقة، ولا تؤدي غالباً إلى مشكلات سلوكية، ونادراً ما تؤثر على النمو المعرفي.

يُتوقع أن تترك صعوبات التعلق المبكرة بعض الآثار، ولكن تأثيرها ليس حتمياً خصوصاً في حال تحسن ظروف حياة الطفل، مثلاً بعد أن تتبناهم أسرة

مستقرة ومحبة، أما عن احتمالية تحول الأطفال المصابين باضطراب التعلق إلى آباء مسيئين فهذا يتأثر الى درجة كبيرة بظروف حياتهم كراشدين، ومدى تصالحهم مع ماضيهم وقدرتهم على تجاوزه.

التدابير العلاجية (Managment):

الهدف الأساسي في التعامل مع هذا الاضطراب هو تحسين بيئة مقدمي الرعاية، والمشاركة الأساسية للمختص النفسي في مجال الطفولة هي تقديم المشورة المناسبة حول وضع الطفل لموظفي الخدمة الاجتماعية والمحاكم، وإذا كان الطفل يتعرض لسوء المعاملة في الوقت الحالي، فهناك حاجة بالتأكيد لنقل الطفل إلى مكان إقامة آمن إذا كانت مساعدة من يقدم الرعاية على التغيير صعبة. وإن كان الطفل قد مر بفترات إقامة بديلة أو نشأ في مؤسسة يتغير فيها الموظفون كثيراً وبسرعة، يحتاج مثل هذا الطفل لفرصة تمكنه من بناء علاقة تعلق طويلة ودائمة ويكون الوالدان بالتبني خيار مثالي في هذه الحالة. رغم أن أساليب التدخل المخصصة للتعلق قد طورت في الأساس لمعالجة صعوبات شديدة وواسعة في العلاقات، فقد أظهرت نجاح متواضع في خفض أنماط التعلق غير الآمن بين الرضع، ومن غير المؤكد مدى فائدتها وفاعليتها في التعامل مع اضطرابات التعلق لدى الأطفال.

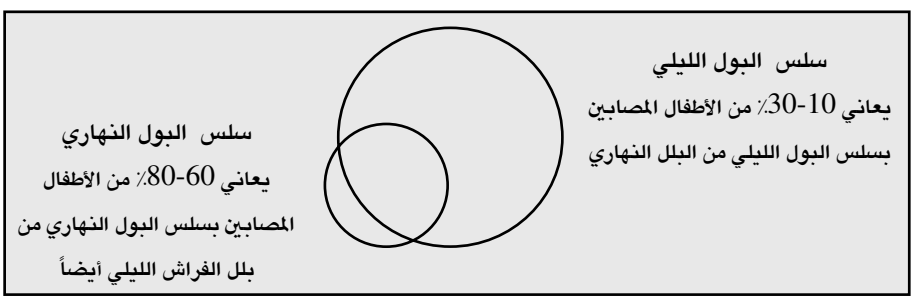
الفصل السابع عشر

سلس البول

Enuresis

رغم الاعتقاد الشائع بأن سلس البول اضطراب نفسي، فبعض الآباء يتخيلون أنه ناتج عن مشكلات انفعالية عميقة، إلا أنه غالباً ما يكون مجرد عادة أو مشكلة نمائية أكثر منه مشكلة نفسية.

وما زال العديد من الأطفال الذين يعانون من سلس البول يحولون إلى المختصين النفسيين الخبراء في الأساليب السلوكية، فإنه مما هو جدير بالذكر أن هذه الأساليب السلوكية بعينها يمكن أن يطبقها غيرهم من المتخصصين بنفس الكفاءة مثل الزائرين الصحيين. وينبغي التمييز بين سلس البول الليلي ـ بلل الفراش (Nocturnal enuresis) وسلس البول النهاري ـ البلل أثناء النهار (Diurnal enuresis) فهما مختلفان من عدة جوانب وأسئلة الفحص مخصصة لتحديد الأفراد الذين يخلطون بين النوعين. وغالباً ما يكون الذكور أكثر عرضة للمعاناة لسلس البول الليلي، بينما نجد أن الإناث هن الأكثر عرضة لسلس البول النهاري، ويزداد معدل حدوث سلس البول الليلي عن حدوث سلس البول النهاري فالأول غير مصحوب عادة بعدوى في المسالك البولية أو أمراض نفسية انظر الشكل (17-1).


سلس البول الليلي
يعاني 10-30٪ من الأطفال المصابين
بسلس البول الليلي من البلل النهاري
سلس البول النهاري
يعاني 60-80٪ من الأطفال
المصابين بسلس البول النهاري من
بلل الفراش الليلي أيضاً

الشكل رقم (17-1): الانتشار النسبي والتداخل بين سلس البول الليلي والنهاري

الأولي والثانوي (Primary and secondary):

يُقال إن الأطفال يعانون من سلس بول أولي عندما لا يكون قد سبق لهم تعلم ضبط المثانة، وبالعكس فالطفل الذي يكون قد تعلم ضبط المثانة لمدة ستة أشهر على الأقل، ثم فقدها ثانية يعرف بأنه يعاني من (سلس بول ثانوي)، ويزداد حدوث هذا النوع من الانتكاس في عمر الخامسة أو السادسة، ويندر حدوثه بعد عمر الحادية عشر. ويتشابه كلا النوعين الأولي والثانوي من حيث وجودهما في الأسر ولكنهما يختلفان من عدة نواحي فالنوع الثانوي له مآل مرضي أسوأ وتزيد فرص ارتباطه باضطرابات نفسية.

جدول (17-1) معدل الانتشار لسلس البول الليلي الذي يظهر لمرة في الأسبوع أو أكثر (Rutter et al. 1970)

العمر	الانتشار	نسبة الذكور إلى الإناث
5	٪13	1:1
7	٪5	1:1.4
9	٪2.5	1:1.6
14	٪0.8	1:1.8

معدل الانتشـار (Prevalence):

يظهر جدول (17-1) انتشار سلس البول الليلي في دراسة، ويعكس ارتفاع النسبة بين الذكور وذلك بسبب عمليتين:

1 ـ الذكور أبطأ في ضبط المثانة (مثلاً أبطأ في التخلص من سلس البول الأولي).

2 ـ انتكاس الذكور أعلى (مثلاً أكثر عرضة لسلس البول الثانوي).

بينما يزداد حدوث سلس البول الثانوي بعد السابعة من العمر مقارنة بسلس البول الأولي، ويصيب سلس البول النهاري الذي يظهر لمرة على الأقل في الأسبوع حوالي 2٪ من الأطفال في عمر الخامسة، وترتفع نسبته بين الاناث في جميع الأعمار.

معرفة السببيات وبعض الارتباطات المثبتة
(Clues to aetiology: proven associations):

1 ـ يوجد سلس البول في 70٪ من التاريخ العائلي للأطفال المصابين بهذا الداء إذا أصيب واحداً على الأقل من أقارب الدرجة الأولى، ويتشابه التاريخ الأسري في حالات سلس البول الأولي والثانوي، كما يتشابه التاريخ الأسري في الحالات التي يصاحبها والتي لا يصاحبها مشكلات نفسية.

2 ـ يرتبط سلس البول بالتهاب المسلك البولي (Urinary tract infections) [(UTIs) خصوصاً لدى الإناث، حيث تظهر أعراض (UTIs) لدى حوالي 5٪ من الحالات التي تعاني من سلس البول مقابل 1٪ بدونه. وتزيد احتمالية وجود لولب كمانع للحمل في حالة سلس البول النهاري خصوصاً إذا كان متكرر.

3 ـ تضاعف ظروف الحياة الصعبة من خطورة الإصابة بالسلس البولي إلى الضعفين في العمر من ثلاثة إلى أربعة أعوام، وقد تكون هذه الظروف غير الملائمة من تفكك الأسرة أو انفصال الطفل عن أمه لمدة تزيد على الشهر، وتغيير المنزل، وولادة شقيق، ودخول المستشفى والحوادث. ويرتبط تكرار دخول المستشفى مع سلس البول الليلي، بينما يرتبط سلس البول الثانوي بالتعرض للتحرش الجنسي.

4 ـ يرتبط سلس البول بالظروف الاجتماعية السيئة مثل انخفاض المستوى الاقتصادي الاجتماعي، وازدحام المسكن، والعيش في المؤسسات.

5 ـ تزيد المشكلات النمائية الأخرى مثل تأخر الكلام والحركة إلى الضعف بين الأطفال الذين يعانون من سلس البول مقارنة بغيرهم من الأطفال.

6 ـ يرتبط ابتداء ضبط الإخراج بعد العشرين شهراً بزيادة معدلات سلس البول، ولكن تأثير ممارسات الضبط على الإخراج غير واضحة، ويمكن التنبيه بصفة عامة على ضرورة تجنب التدريب القاسي، لأنه يسبب ازعاجاً كبيراً للطفل ولكن لا توجد دلائل على ارتباطه بزيادة سلس البول.

7 ـ بعض الأطفال الذين يعانون من سلس البول أثناء الليل مقارنة بغيرهم رغم وجود الهرمون المضاد لإدرار البول بمعدل طبيعي، مما قد يشير إلى عدم حساسية الكلية لهذا الدواء أثناء الليل.

ثلاثة أسباب مستبعدة (Three unlikely causes):

1 ـ يجب التأكد من غياب تاريخ واضح لأعراض بولية أخرى مثل استمرار تقاطر البول، أو تقاطر البول البطيء، فمن غير المتوقع أن يكون السبب في سلس البول خلل عضوي في المسلك البولي مثل تضيق الحالب أو الحالب المنتبذ. وقد تنخفض مقدرة المثانة الأدائية ولكن بسبب الشعور بالرغبة في التبول كثيراً ولكن ليس بسبب انخفاض قابلية المثانة للامتداد. وتدل بعض المؤشرات على تأخر نضج عنق المثانة لدى الأطفال الذين يعانون من سلس البول.

2 ـ سلس البول الليلي: لا يحدث بسبب النوم العميق، إذ يمكن حدوثه في أي مرحلة من مراحل النوم، فنوم الأطفال المصابين بسلس البول الليلي ليس أكثر عمقاً من نوم أقرانهم، وقد تؤدي المثانة الممتلئة للانتقال الطبيعي من مرحلة النوم العميق إلى النوم الخفيف، ولكن عدم الاستيقاظ من النوم الخفيف قد تكون السبب في مشكلة سلس البول في بعض الحالات.

3 ـ رغم أن نوبات الصرع قد تكتنف سلس بولي، فليس هناك ما يثبت أن سلس البول مكافيء صرعي، فالأطفال المرضى المصابون بالسلس البولي لا ترتفع لديهم معدلات اضطراب التخطيط الكهربائي للمخ (EEG).

الارتباط مع المشكلات النفسية

(The link with psychiatric problems):

ظهر الارتباط بين سلس البول ووجود مشكلات نفسية لدى عينات للدراسات الوبائية ظهوراً جلياً، ويمكن القول إن الصلة قائمة على أساس من التحيز فهذه النتيجة مؤكدة.

ورغم أن معدل الاضطرابات النفسية بين الأطفال الذين يعانون من سلس البول يصل إلى ستة أضعاف المعدل عند المجموعة الضابطة، فإنه من الهام أن نتذكر أن أكثر من نصف الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً هم طبيعيون على الصعيد النفسي. وتزيد الاضطرابات النفسية بين الإناث عندما يكون سلس البول نهاري وليس ليلي ومع وجود مشكلات نمائية أخرى، وغالباً ما يحدث في النوع الثانوي، ولا يرتبط بعدد مرات البلل ولا بوجود أو غياب التاريخ الأسري. والاضطرابات النفسية التي تصيب الأطفال الذين يعانون من سلس البول غير محددة النطاق، ولكن تبقى اضطرابات التصرف والاضطرابات الانفعالية هي الأكثر شيوعاً في هذه الحالات.

ويعكس الارتباط بين سلس البول والاضطراب النفسي ثلاث آليات سببية:

1 ـ **تسبب الاضطرابات النفسية حدوث سلس البول**: فيميل بعض الأطفال إلى بلل الفراش عند شعورهم بالقلق، مثلاً بعد بداية الالتحاق بالمدرسة. ونجد من الجهة الأخرى أن بعض الأطفال الذين يعانون من سلس البول تقل عدد مرات تبليلهم للفراش عند شعورهم بالقلق، مثل النوم في سرير غير سريرهم. وأشارت إحدى الدراسات المستقبلية (Prospective) أن الأطفال الذين أصيبوا بالتبول الثانوي كانوا قد عانوا من مشكلات انفعالية، ومشكلات في السلوك قبل بداية السلس.

2 ـ **يسبب سلس البول حدوث مشكلات نفسية**: أشارت عدة دراسات أن نجاح المعالجة أو التوقف الطبيعي للتبول رافقه تناقص في المشكلات النفسية، ومع ذلك ما زال الأطفال الذين انتهت مشكلاتهم مع التبول يعانون من مشكلات نفسية أعلى من غيرهم.

3 ـ **ينشأ كل من سلس البول والمشكلات النفسية عن عامل ثالث**: مثل الظروف الاجتماعية السيئة أو المشكلات النمائية البيولوجية. ويحصل هذا التفسير على تأييد واسع رغم أهمية السببين السابقين لبعض حالات الأطفال.

التقييم (Assessment):

يجب دائماً الحصول على معلومات مفصلة حول البلل، وأي أعراض أخرى ذات علاقة بالجهاز البولي، وإرسال عينة من البول لزراعتها وتحليلها مجهرياً. ليس هناك حاجة للفحص الجسدي ولا للجهاز البولي في حالات سلس البول الواضحة، والتي لا يرافقها أي أعراض بولية أخرى. يجب الاستفسار عن أي مشكلات نفسية مرافقة والاستفسار تحديداً عن التلوث بالبراز (Faecal soiling). ويجب الانتباه والسؤال عن بعض العوامل التي تؤثر على خيارات العلاج مثل الحلول التي سبق أن جربتها الأسرة بالفعل، وما مدى دافعية الطفل للتخلص من مشكلته؟ هل لدى الوالدين دافعية للمشاركة في المعالجة مثل الاستيقاظ في منتصف الليل للإشراف على الطفل وتغيير الفراش، وإعادة ضبط منبه سلس البول؟ هل الاهتمام مركز على الليالي التي يقضيها الطفل بعيداً عن المنزل؟ ففي مثل هذه الحالات يكون كبت التبول (بواسطة الأدوية) هو كل ما يحتاجه.

المآل المرضي (Prognosis):

تشير بعض العوامل إلى سوء المآل في سلس البول الليلي مثل الذكورة، وانخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وإذا كان سلس البول من النوع الثانوي وليس الأولي، وإذا كان حدوث بلل الفراش بشكل مستمر كل ليلة.

وعند البلوغ يكون 2-5٪ من الأطفال ما زالوا يعانون من سلس البول، ولكن قد يحدث التخلص التام منه أثناء المراهقة، أما نسبة سلس البول بين الراشدين فتكون 1-3٪ وهو من النوع المقاوم للمعالجة.

المعالجة (Treatment):

يفضل النظر لسلس البول البسيط كمشكلة نمائية، وليس كاضطراب نفسي فمن المناسب أن يكون المختصون الذين يقدمون المساعدة من الزائرين الصحيين والممارسين العموميين واختصاصي طب الأطفال، أكثر من مختصي الصحة النفسية. وأياً كانت مهنته فيجب أن يوضح المختص للوالدين أن سلس البول الليلي

شائع الحدوث فى الأطفال دون الخامسة أو السادسة، ويتم عادة تجاوزه مع النمو. وتشمل الوسائل المنطقية في التعامل مع المشكلة: تحديد كمية السوائل قبل موعد النوم بفترة، أو ايقاظ الطفل لاستعمال الحمام في وقت متأخر من المساء قبل نوم الوالدين رغم عدم التأكد من فاعلية هذه الوسائل وعادة يكون الوالدان قد اتبعا هذه الأساليب قبل اتخاذ القرار باللجوء لمساعدة المختصين. وتثبت الوسائل السلوكية والدوائية فاعلية في معالجة سلس البول، ومن الناحية السلوكية يجب تنبيه الوالدين كي لا يعززا سلس البول بشكل غير مباشر من خلال مثلاً السماح للطفل بالنوم مع الوالدين لأن سريره مبتل. يكون كافياً في أوقات كثيرة للتخلص من سلس البول أن يكون الاهتمام والتركيز على مدح ومكافأة الليالي الجافة بدل التركيز على انتقاد وعقاب الليالي المبتلة، من خلال مثلاً الاحتفاظ بلوحة على الحائط لتسجيل الليالي الجافة لمدة شهر (ويقوم الطفل بوضع نجمة لكل ليلة جافة). ولا توجد أدلة تثبت فاعلية التدرب على الاحتباس (Retention-controlling)، والذي هو عبارة عن تدريب الطفل على مقاومة التبول لمدة أطول.

في حال استمرار سلس البول وكانت الأسرة ذات دوافع عالية فإن الأسلوب السلوكي الأكثر نجاحاً وفاعلية في تحقيق تخلص دائم من المشكلة هو منبه سلس البول (Enuresis alarm). حيث ينبه الحاجة إلى التبول جرس يوقظ الطفل، وتستخدم الأساليب الحديثة ضمادة صغيرة توضع في بيجامة الطفل أو ملابسه الداخلية، ويحمل الجرس في الجيب أو على شكل رباط للمعصم. وعندما ينطلق الجرس يتوقع أن يستيقظ الطفل ليذهب الى الحمام ولتغيير الملابس والمفارش عند الضرورة (مع مساعدة الوالدين إذا كانت مطلوبة). تصل نسبة الشفاء بهذه الطريقة من (60-80٪)، وينجح الطفل بجعل الليالي الجافة 14 ليلة متتالية في الشهر التالى من العلاج (وقد يحتاج الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم حادة إلى ستة أشهر). ولا تتأثر نتيجة المعالجة بنوعية سلس البول سواء أولي أو ثانوي، ولا بوجود أو غياب التاريخ الأسري. تنخفض معدلات العلاج في حال وجود كروب أسرية عالية، وعندما يكون هناك بلل أثناء النهار، وعند معاناة الطفل من اضطراب نفسي، وعند عدم مبالاته بالمشكلة. حوالي ثلث الأطفال الذين يشفون أثناء استخدام تقنية الجرس يعودون لبلل الفراش بتكرار مرتفع خلال العام الذي يلي التوقف عن

استخدام التقنية. هناك بعض المؤشرات بإمكانية خفض معدلات الانتكاس من خلال استخدام «زيادة التعلم»، وذلك بتشجيع الطفل عندما ينجح في البقاء جافاً أثناء الليل على شرب كميات كبيرة من السوائل قبل موعد النوم مع الاستمرار في استخدام تقنية الجرس حتى ينجح في تحقيق الجفاف رغم كمية السوائل التي يشربها.

ماسبب نجاح منبه سلس البول من وجهة النظر السلوكية؟

هناك عناصر من الأشراط الكلاسيكي (Classical Conditioning)، حيث يؤدي صوت الجرس (المثير غير الشرطي) إلى الاستيقاظ وتدريجياً تؤدي للرغبة في التبول (المثير الشرطي) إلى الاستيقاظ أيضاً.

وهناك أيضاً عناصر من الإشراط الإجرائي (Opernt Conditioning) حيث يشكل صوت الجرس مثير غير مرغوب فيه يتعلم الطفل أن يتجنبه بعدم بلل الفراش. وأخيراً تضيف نظريات التعلم الاجتماعي أن استخدام الجرس يركز انتباه الأسرة على الليالي الجافة ويزيد من اهتمامها بالطفل بعد الليالي الجافة.

إذا لم يحقق أسلوب الجرس النتائج المرغوبة يمكن الجمع بينه وبين دواء الديزمُوبريسِين (Desmopressin)، أو الانتقال لاستخدام الأدوية فقط عندما يكون الهدف التخلص من الأعراض دون معالجة السبب أو للاستراحة لمدة عام قبل معاودة الكرّة. ويمكن استخدام تدريب السرير الجاف (Dry- bed training) مع الأطفال الأكبر سناً وهو صورة مستفيضة من العلاج السلوكي الذي يتطلب الاستيقاظ كل ساعة في الليلة الأولى، وتناول الكثير من السوائل والتدرب على ضبط استخدام الحمام بطريقة جيدة. ورغم فاعلية الأسلوب فى بعض الحالات المقاومة للأساليب الأخرى، إلا أنه غير ملائم لصغار الأطفال وقليلي الدافع الذين يرونه غالباً نوعاً من التعذيب.

ويمكن استخدام عدة أدوية في علاج سلس البول، على أن يكون الخيار الأول هو (ديزموبريسين) وهو هرمون تخليقي مضاهي لمضاد إدرار البول، والذي يمكن

تقديمه للأطفال من عمر السابعة فما فوق علماً بأنه غير مناسب للأطفال دون الخامسة. ويعد الدواء آمناً بصفة عامة. ويجب تحذير الأُسر بمنع الطفل من تناول كميات كبيرة من السوائل في المساء لتقليل الخطر البسيط بالتسمم بالماء (Water intoxication)، ويُعطى الدواء قبل موعد النوم إما على شكل حبوب، أو رذاذ للأنف وينجح هذا الدواء في وقف البلل في 20٪ من الحالات، ويقلل من مرات البلل بين نسب أعلى. وقد يتراجع الطفل في معظم الحالات عند وقف الدواء، ومع ذلك يبقى الدواء خياراً جيداً في التعامل مع الأعراض؛ مما يمكن الطفل من المبيت لدى أصدقائه دون مواجهة احراج بلل السرير. كما أن الجمع بين (ديزمُوبرِيسِين) ومنبه سلس البول قد يكون أكثر نجاحاً من استخدام المنبه فقط حيث يؤدي إلى زيادة نسبة الشفاء طويلة المدى، وينطبق هذا على الأطفال المصابين بحالات حادة أو مصحوبة بمشكلات سلوكية وأسرية أخرى.

أظهرت الدراسات أن تناول مضاد الاكتئاب ثلاثي الحلقات (Tricyclic antidepressants) بجرعات صغيرة وقت النوم (مثلاً 25-75 مليجرام من إيميبرامين)؛ يؤدي إلى نتائج أفضل في معالجة أعراض سلس البول الليلي، وتظهر النتائج خلال الأسبوع الأول، وقد يحدث التحمل بعد مدة تتراوح من 2-6 أسابيع من تعاطي الدواء، وغالباً ما يحدث انتكاس بعد التوقف عن تعاطي الدواء إما بشكل فوري أو قد يتأخر قليلاً. ويجب التخفيف من جرعات ثلاثي الحلقات لأنه أكثر سمية في حال تجاوز الجرعة من (ديزمُوبرِيسِين).

يمكن استخدام أدوية مضادات الكولينيات (Anticholinergic) مثل أُكْسي بوتينين (Oxybutynin) مع بعض حالات سلس البول النهاري ولكنه لم يظهر فاعلية في حالات التبول الليلي. ولا مكان للتدخل الجراحي في معالجة المشكلة.

لايعاني معظم الأطفال المصابين بسلس البول من مشكلات نفسية مصاحبة إلا أن النسبة القليلة التي لديها مشكلات انفعالية وسلوكية قد تحتاج لتقييم وعلاج بشكل مستقل.

الفصل الثامن عشر

التلوث البرازي

Faecal Soiling

يتمكن الأطفال عادة من التحكم في الإخراج في حوالي الثالثة أو الرابعة من العمر رغم فقدانهم السيطرة أحياناً ووقوع بعض الحوادث العارضة بعد ذلك. وحدوث التلوث بعد الرابعة من العمر لأكثر من مرة في الشهر يُنظر له عادة على أنه اضطراب التخلص من الفضلات (Elimination disorder)، وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يقاس محك التوقف عن التلوث البرازي حسب العمر النفسي المساوي لعمر الأربع سنوات وليس العمر البيولوجي. يظهر التلوث لأكثر من مرة في الشهر لدى حوالي 5٪ من الأطفال في عمر الرابعة وينخفض إلى 1-2٪ في عمر السابعة ولأقل من 1٪ في الحادية عشر من العمر، وتنعدم نسب التلوث في السادسة عشر من العمر. تشير تقارير الدراسات الوبائية والتقارير الإكلينيكية أن التلوث البرازي شائع بين الذكور أكثر بثلاث مرات عنه لدى الإناث

ويمكن تقسيم االتلوث البرازي إلى خمسة أنماط:

1 ـ الإمساك الذي يرافقه تدفق.
2 ـ فشل التدريب على استخدام الحمام.
3 ـ رهاب المرحاض.
4 ـ الكرب وفقدان السيطرة.
5 ـ التلوث البرازي المُستحث.

لكل نمط من هذه مؤشرات علاجية، وقد يُستَخدم تعبير بَداغَة – (سلس براز لاعضوي) (Encopresis) للإشارة لجميع أنماط التلوث البرازي وقد يضيق استخدامه للاشارة فقط للإخراج الطبيعي في أماكن غير مناسبة بما فيها

داخل الملابس. يمكن عادة وبناءً على التاريخ المرضي والفحص الجسدي تحديد نمط أو أنماط هذا التلوث وبالتالي وضع خطة تعامل مناسبة.

أنماط التلوث والتدابير العلاجية
(Types of Soiling and their mangement):

لا تظهر دائماً الأنماط المختلفة من التلوث بمعزل عن بعضها، فبعض الأطفال الذين يراجعون العيادات يكون لديهم مجموعة من الأعراض تشتمل على أكثر من نمط، ومع مثل هؤلاء الأطفال يجب أن تشمل خطة التعامل العامة المسببات المختلفة لهذا الاضطراب. يجب أن يتدخل طبيب الأطفال ومختصو الصحة النفسية للأطفال عندما تكون الأعراض شديدة أو معقدة، أو تكون الاستجابة للمعالجة المعتادة منعدمة (بخلاف سلس البول)، حيث هناك احتمالية عالية لوجود مشكلات نفسية سواء كسبب للتلوث أو نتيجة له.

الإمساك والتدفق (Constipation with overflow):

يُصاب الأطفال بالإمساك لعدة أسباب، وقد تكون القابلية العضوية والتغذية ذات الألياف القليلة سبباً هاماً في بعض الحالات، وفي أحيان أخرى قد يكون الإمساك احتباس متعمد من جانب الطفل بسبب آفة شرجية تجعل التبرز مؤلماً (مثل الشق الشرجي)، أو بسبب استخدام العنف معه أثناء التدريب على ضبط الإخراج. وبغض النظر عن السبب يمكن للإمساك أن يستمر برغبة الفرد، ويصعب على الطفل إخراج قطع البراز الكبيرة، وقد يتوقف عن المحاولة بسبب الخوف من العواقب؛ مما يسبب مزيداً من الاحتباس. وقد يتمدد الشرج، ويحدث توقف في المستقيم، حيث يفقد استجابة التمدد التي تحدث له بصورة طبيعية عند الشعور بالامتلاء والرغبة بالتبرز، فيتسرب أحياناً البراز السائل أو شبه السائل حول العائق متدفقاً. ويتم عادة التعامل المناسب بإزالة العائق من الأمعاء، وإعادة ترتيب نظام التبرز بطريقة طبيعية. ويجب في البداية إزالة قلق الأسرة ومخاوفها بالشرح المناسب لطبيعة عملية الإخراج من الناحية الفسيولوجية، فالأسر الهادئة ذات التفاعلات الإيجابية تحقق نسب تعافي عالية.

ويمكن تنظيف الأمعاء باستخدام الملينات المحفزة مثل السَنامَكِّي ـ الأوراق الجافة لنبات السنا (Senna) مع ملين للبراز مثل لاكتولوز (Lactulose)، قد تكون هناك حاجة في البداية لحقنة شرجية دقيقة أو بالفسفات، ونادراً ما تكون هناك حاجة لغسيل كامل للأمعاء. ويمكن استخدام (لوحة النجوم) أو غيرها من الطرق السلوكية لتعزيز العودة لنظام الإخراج الطبيعي، وتستبدل الملينات بأسرع ما يمكن بنظام تغذية غني بالألياف.

فشل التدريب على استخدام المرحاض (Failed toilet training):

لم يتعلم بعض الأطفال كيفية التحكم في الأمعاء على الإطلاق ، ويعتبر هذا (تلوث برازي أولي) مناظر لسلس البول الأولي. ويرافق التلوث أحياناً مشكلات عصبية، وتأخر نمائي، وصعوبات تعلم عامة، وقد يدل تلوث البراز الأولي على نوعية تدريب قاسية على الإخراج أو غير منتظمة أو مهملة عادة ضمن ظروف أسرية واجتماعية سيئة. وقد يكون للتدريب المثالي تأثيراً إذا تعرض الطفل لضغوط نفسية حادة خلال السنوات الأولى من العمر، وهي التي يتوقع أن يتم فيها ضبط الإخراج. وتعتبر الأساليب السلوكية عموماً مناسبة، وهي تعتمد على الاحتفاظ بسجل دقيق، وأهداف واقعية وأساليب تشجيعية مثل لوحة النجوم والمكافآت المناسبة. ويتمثل التحدي الأكبر عادة في إقناع الأسرة باتباع الأساليب السلوكية، ومتابعة تنفيذها بطريقة صحيحة ودقيقة باستمرار.

رهاب المرحاض (Toilet phobia):

يخشى بعض الأطفال المرحاض فيعتقدون على سبيل المثال بأن الوحش يسكن فيه، أو أن يداً ستمتد وتمسك بهم. ونادراً ما ينتبه الوالدان لمثل هذه المخاوف، ولذا فمن الضروري كشف أنواع القلق الموجودة لدى الأطفال من خلال الحديث واللعب والرسم مع الطفل وحده، ثم تتاح الفرصة للأسرة ككل لمناقشة مخاوف الطفل بانفتاح وتعاطف دون سخرية. يمكن التعامل مع المخاوف ذاتها من

خلال إدخال الطمأنينة والتعرض التدريجي للمشكلة وإسداء المكافآت. وقد يخاف الأطفال الخجولون من استخدام الحمام في المدرسة، أو قد يترددون في طلب الإذن من المدرس للذهاب إلى الحمام أثناء الدرس، أما الأطفال ضحايا الاستئساد فيخافون الذهاب الى الأماكن البعيدة عن الإشراف خوفاً من مواجهة الأطفال المستئسدين في الحمامات.

فقدان القدرة على التحكم المُحدث بالكرب (Stress-induced loss of control):

يكتسب بعض الأطفال القدرة على التحكم في الإخراج بطريقة طبيعية، ثم يعودون ويفقدونها بعد التعرض لكرب شديد مثل صدمة دخول المستشفى، أو نزاع أسري شديد، أو الانفصال، أو التعرض للإساءة الجنسية. ويستعيد هذا الطفل قدرته على التحكم بسرعة بعد التخلص من الكرب إذا عومل بطريقة حانية وعطوفة، وتكون الخطوة الأولى، والأكثر أهمية في هذه الحالة التركيز على خفض الكرب وإشعار الطفل بالآمان مرة ثانية.

التلوث البرازي المُحرض (Provocative soiling):

مهما كانت طريقة تلوث بعض الأطفال، فهي مزعجة للمحيطين بهم فعلى سبيل المثال يتعمدون الإخراج في مكان الاستحمام أو على الأثاث، أو يقومون بمسح البراز على الجدران وينكرون مسؤوليتهم عن هذه الأفعال. يظهر هذا العدوان الكامن عادة في جوانب أخرى من علاقات الأطفال مع الوالدين والأشقاء، ففي الواقع أن التلوث المحرض يعتبر مؤشراً لمشكلات عديدة في الطفل والأسرة، فيكون لدى الطفل مزيد من المشكلات السلوكية والانفعالية، وتتصف الأسرة ككل بسوء الأداء والعجز عن إشباع الحاجات الأساسية الاجتماعية والانفعالية للطفل. وتحتاج مثل هذه الأسر وهؤلاء الأطفال للمساعدة في عدة جوانب من قبل التربويين واختصاصي الخدمة الاجتماعية، بالإضافة إلى مختصي الصحة النفسية للطفل.

المآل المرضي للتلوث البرازي (Prognosis of soiling):

نادراً ما يستمر التلوث بالبراز مهما كان نمطه إلى مرحلة الرشد، ويكون التخلص منه أسرع عموماً عندما يكون هو المشكلة الوحيدة، ويكون المآل المرضي أسوأ عندما يشارك التلوث مشكلات أخرى مثل فرط النشاط، أو إذا كان التلوث يحدث أثناء الليل. وتكون هناك حاجة لتدخل شديد عندما تكون الاستجابة ضعيفة لطرق التعامل المعتادة، وعندما يصاحب التلوث مشكلات أخرى سلوكية ونمائية وأسرية واجتماعية ومدرسية.

الاضطرابات النفسية المصاحبة (Associated psychiatric disorders):

أظهرت عدة دراسات أن قلة من الأطفال الذين يعانون من التلوث البرازي يعانون أيضاً من اضطراب نفسي ، بينما وجدت دراسة مسحية بريطانية عام (1999) أن الاضطرابات النفسية بين هؤلاء الأطفال تصل إلى (30٪) فما السبب في ارتفاع نسبة الارتباط بالأمراض النفسية؟

هناك ثلاثة احتمالات:

أولاً: قد تؤدي الاضطرابات النفسية إلى التلوث رغم عدم التأكد من هذه الفرضية حسب نتائج الدراسات التتبعية.

ثانياً: يسبب التلوث الاضطرابات النفسية من خلال ما يثار من انتقادات الوالدين والمدرسين والرفاق.

ثالثاً: يتلازم التلوث والاضطرابات النفسية لاشتراكها في عوامل الاختطار مثل الإهمال، والإساءة، وتأخر النمو، أو الاضطرابات العصبية.

الفصل التاسع عشر

اضطرابات النوم

Sleep Disorders

تحظى اضطرابات النوم باهتمام متخصصي الصحة النفسية للأطفال؛ وذلك لتعقد للعلاقة المعقدة بين اضطرابات النوم والاضطرابات النفسية:

* قد تؤدي الاضطرابات النفسية إلى مشكلات في النوم مثل صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه وهي مظاهر شائعة في اضطرابات القلق والاكتئاب، بينما تكون الأحلام المزعجة (الكوابيس الليلية) قد تكون عرضاً شائعاً لاضطراب الكرب التالي للصدمة.

* وعلى العكس، فإن اضطرابات النوم قد تسبب تفاقم الاضطرابات النفسية فمثلاً قد يؤدي الحرمان من النوم، عند طفل في السادسة من عمره إلى فرط النشاط وضعف الذاكرة أو الاندفاعية والتهيج والتي هي من ملامح فرط النشاط والاضطرابات السلوكية .

* ربما يصعب التمييز بين اضطرابات النوم والاضطرابات النفسية، فمثلاً قد نُخطئ فى تشخيص نوبات الهلع الليلية ونعتبرها من الأحلام المزعجة أو الكوابيس والعكس صحيح.

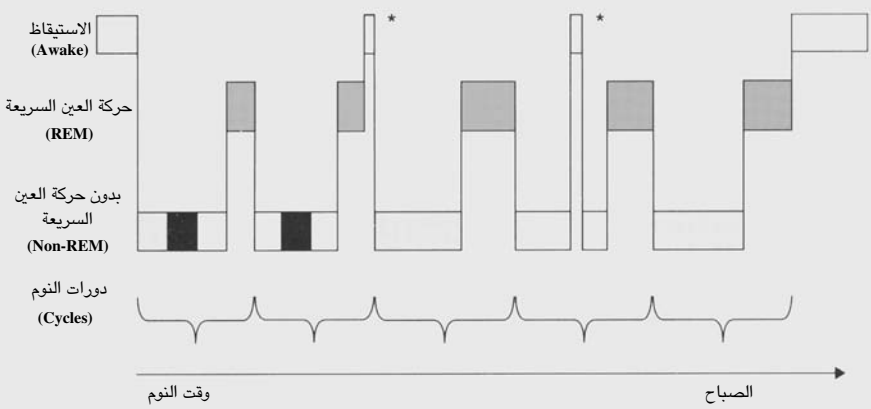
* قد يسبب استخدام الأدوية النفسية (أو وقفها) مشكلات في النوم مثل صعوبة الدخول في النوم أثناء تناول دواء ميثيل فنيدات، كما تظهر الأحلام المزعجة والكوابيس الليلية عند سحب مضادات الاكتئاب بطريقة مفاجئة.

* قد يهيء عامل اختطار الطفل لكل من مشكلات النوم والاضطرابات النفسية، فعلى سبيل المثال الأطفال الذين ينشأون في بيئات فوضوية دون نظام أو قواعد

منظمــة يـزداد احتـمال معـاناتهم من مشكلات سلوكيـة، وصـعوبة انتظام النوم أثناء الليل.

النوم الطبيعي (Normal Sleep):

يوضح الشكل (19-1) مـراحل النوم الطبـيـعي بالإضـافـة إلى الملاحظات المصـاحبـة. فيـزيد النوم أثناء النهار في فتـرة بعد الظهر، وتخـتلف الثـقافـات في تصوراتها حول التوقيت الذي يجب أن يتوقف فيه الأطفال عن الحصـول على قيلولة أثناء النهار.



ملاحظات:

* **حركة العين السريعة (Rem): وهي مرحلة النوم التي تظهر فيها معظم الأحلام، ويكون نشاط العضلات في أدنى مستوى له وهي تشكل 25 ٪ من النوم، وشائعة في نهاية الليل.**
* **النوم الأعمق دون حركة عين سريعة (Non -rem): (المراحل 3 و 4 تظهر باللون الأسود) تظهر عادة في الدورتين الأوليتين.**
* **الاستيقاظ لفترة قصيرة أمر طبيعي في كل الأعمار وقد يظهر إما في (مرحلة حركة العين السريعة (rem) أو دون حركة عين سريعة (non - rem)) وتظهر على هيئة (*) في الشكل**
* **ينتقل الطفل من بعد مرحلة الرضاعة إلى مرحلة النوم الحالي إلى حركة العين السريعة (rem).**
* **تستمر دورة النوم من (50- 60) دقيقة في الطفولة، وتزيد إلى (90 - 100) دقيقة لدى المراهقين و الراشدين.**
* **النوم من 12 ساعة يومياً في المتوسط في عمر الرابعة إلى ثمان ساعات يومياً في المراهقة المتأخرة.**

الشكل رقم (19-1): يوضح مراحل النوم الطبيعي

يساهم هرمون الميلاتُونين (Melatonin) الذى يفرزه الجسم الصنوبرى (Pineal body) في تناغم دورة النوم، والاستيقاظ مع دورة الليل والنهار طوال الأربع وعشرين ساعة، وكما تؤثر العادات الصحية على مخاطر الإصابة بالأمراض المعدية سلباً وإيجاباً، كذلك نجد أن الحفاظ على النوم الصحي يحد من مخاطر المعاناة من مشكلات النوم، ويوضح الشكل (19-2) بعض المفاتيح الأساسية (المكونات الأساسية) لصحة النوم الجيد.

وبائيات مشكلات النوم

(Epidemiology of sleep problems):

تكون اضطرابات النوم الشديدة نادرة الحدوث فعلى سبيل المثال يصيب التغفيق (Narcolepsy) واحداً من بين عشرة آلاف طفل، بينما تصيب درجة ما من أشكال صعوبة التنفس الإنسدادي (Obstructive Sleep apnoea) أثناء النوم 2٪ من الأطفال، أما مشكلات النوم الأقل شدة فهي الأكثر انتشاراً فمثلاً يعاني ربع الأطفال في عمر ما قبل المدرسة من مشكلات حقيقية في الدخول إلى النوم أو الاستمرار فيه، ويعاني 15٪ من المراهقين من تأخر أو شذوذ في دورة النوم والاستيقاظ.

وتزيد نسبة مشكلات النوم بصفة خاصة بين الأطفال المصابين بصعوبات التعلم العامة، كما أنها ترتبط أيضاً بالإعاقات الجسدية (مثل الشلل الدماغي) وقصور الحواس مثل (كف البصر) والاضطرابات النفسية (مثل القلق العام)، والاضطرابات الجسدية التي تسوء أثناء الليل (مثل الربو)، أو التي تسبب الإزعاج أثناء الليل (مثل الحكة بسبب الإكزيما).

أثناء النهار

- تجنب القيلولة خصوصاً في وقت متأخر من النهار.
- التريض بانتظام (ولكن ليس مباشرة قبل وقت النوم).
- التخلص من القلق، والتخطيط المسبق لليوم التالي (كي لا تشغل التفكير وقت النوم).
- تحديد كمية المشروبات التي تحتوي على الكافيين (القهوة، والكولا) خصوصاً في آخر النهار
- قد يسبب التدخين والكحول والمخدرات اضطرابات النوم، وقد يستخدمها المراهقون دون علم الوالدين.

قبل وقت النوم

- إنهاء أي واجب منزلي بشكل تام قبل موعد النوم.
- الاسترخاء تدريجياً في غياب المنبهات الزائدة.
- تجنب الوجبات الدسمة في وقت متأخر من الليل

اختيار وقت النوم

- يجب الحصول على فترة كافية من النوم تناسب عمر وحالة الطفل
- إرسال الأطفال إلى أسرتهم في وقت مبكر جداً يجعلهم يربطون بين الاستلقاء في السرير واليقظة بدل النوم.

الذهاب إلى السرير

- في وقت ملائم.
- عند الشعور بالتعب و الرغبة في النوم.
- عدم تكرار النهوض من السرير بعد الذهاب إليه.
- اتباع روتين مهدئ مثل قراءة قصة، أو الاستماع لشريط مع تجنب القصص المخيفة أو متابعة برامج التلفاز المحمسة في السرير.
- التخلي عن ضرورة وجود الوالد بجانب الطفل يؤهل الطفل للنوم بنفسه (والعودة للنوم أيضاً).

غرف النوم

- أسرة مريحة.
- درجة حرارة وإضاءة مناسبة و ضبط الأصوات.
- يجب ألا تكون مثيرة للقلق ولا سيئة المنظر.

الاستيقاظ

- في وقت ثابت نسبياً (تغيير الموعد قد يؤدي لتغيير ضبط دورة اليقظة والنوم).
- عدم تعزيز الاستيقاظ المبكر جداً بمشاهدة شريط فيديو مثلاً.

الشكل رقم (19-2): النوم الصحي الجيد

التجلي (Presentation):

تظهر عادة مشكلة النوم بواحدة أو أكثر من طرق ثلاث:

- مشكلات الدخول إلى النوم أو الاستمرار فيه.
- النعاس الزائد خلال النهار.
- أحداث مزعجة أثناء الليل مثل الكوابيس والرعب من الظلام.

وهذه ليست تشخيصات بل مظاهر للمشكلة، ويحتاج التشخيص إلى الحصول على تاريخ مرضي دقيق، كما قد يحتاج إلى بعض الأبحاث النوعية مثل تخطيط المخ، وتسجيل النشاط الكهربائي للمخ، وحركة العضلات، وحركات العين أثناء النوم.

الأنماط النوعية لاضطرابات النوم
(Specific types of sleep disturbance):

يتناول الجزء التالي مشكلات النوم التي تقع ضمن دائرة اهتمام متخصصي الصحة النفسية للطفل:

صعوبة الدخول إلى النوم أو الاستمرار فيه:

تُعتَبر هذه المشكلة الأكثر انتشاراً من الطفولة المبكرة إلى المراحل المتقدمة من العمر، ولكنها أكثر شيوعاً بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة، يمكن التعامل مع المشكلة بنجاح من خلال اتباع القواعد الصحية للنوم الجيد (راجع الشكل رقم 19-2) وسحب المكافآت في حالة عدم النوم.

عندما يحتاج الأطفال لمساعدة الوالدين للعودة للنوم بعد الاستيقاظ في منتصف الليل، فذلك غالباً لأنهم لم يتعلموا مهارة النوم بأنفسهم، وأسهل طريقة لتعليمهم هذه المهارة هي التدريب في وقت النوم، وإذا انسحب الوالدان بعيداً

تدريجياً عند وقت النوم (بمغادرة غرفة النوم قبل أن ينام الطفل) سيتعلم الطفل كيف ينام بنفسه، ويستطيع أن يفعل ذلك ثانية عند استيقاظه في منتصف الليل. وقد يبقى الطفل مستيقظاً بسبب بعض المخاوف والأمور المربكة، والتي يجب التعامل مع كلٍّ منها بطريقة صحيحة.

الاضطراب اليوماوي لدورة النوم واليقظة:

(Circadian sleep - wake cycle disorder):

إذا انتقلت من لندن إلى نيويورك أو العكس فإنه يتم تعديل ساعتك البيولوجية ودورة النوم واليقظة، تخيل ماذا قد يحدث إذا لم تتلاءم ساعتك البيولوجية؟ سيذهب الإنجليز للنوم في نيويورك دائماً قبل الجميع، ويستيقظون أيضاً قبل الجميع [متلازمة مرحلة النوم المتقدم (Advanced sleep phase syndrome] وبالعكس، فإن الأمريكي في لندن سينهض متأخراً كل يوم ولن يذهب للنوم قبل الساعات الأولى من الفجر [متلازمة مرحلة النوم المتأخر -Delayed sleep phase syn)] (drome. يحدث هذا النوع من المشكلات وهو العيش ضمن نظام توقيت خاطئ بالضبط لبعض الأطفال وكثير من المراهقين. متلازمة النوم المتقدم غير شائعة وتحدث غالباً بسبب إرسال الوالدين الطفل للنوم في وقت مبكر جداً، ويترتب عليها عادة استيقاظ الطفل مبكراً زيادة عن اللازم ويزعج بالتالي باقي الأسرة. ومتلازمة النوم المتأخر هي الأكثر شيوعاً خصوصاً بين المراهقين الذين يسهرون لوقت متأخر من الليل (يشاهدون التلفاز، أداء الأعمال المنزلية، ويحضرون الحفلات) ويذهبون للنوم متأخرين ويصعب إيقاظهم في الصباح للذهاب للمدرسة، وتشكو إدارة المدرسة دائماً من تدهور الأداء المدرسي بسبب النعاس خلال النهار.

وفي حال الرغبة في تغيير نظام النوم فلن يفيد الذهاب المبكر للنوم، فالمراهقون يبقون مستيقظين لساعات في السرير قبل أن يناموا في ساعات متأخرة كالمعتاد. يمكن إعادة برمجة نظام مواعيد النوم بشيء من الصبر والجهد ولا يوجد لدى بعض المراهقين دافعية للتغيير.

وإذا تأخر النوم من ساعتين إلى ثلاث ساعات يسمح للمراهقين بالالتزام بموعد النوم السابق لعدة أيام، ثم نقوم بتقديم موعد الاستيقاظ بربع ساعة يومياً عن اليوم السابق وعندها سيتقدم موعد الذهاب للنوم تلقائياً، وإذا تأخر وقت النوم من ثلاث إلى أربع ساعات أو أكثر يكون من الأفضل عادة زيادة تأخيره أي بقاء المراهق مستيقظاً ساعتين أو ثلاث إضافية كل ليلة إلى أن يتم إعادة بناء نظام نوم طبيعي، على سبيل المثال التقدم ثمان عشرة ساعة خلال أسبوع بدل التراجع ست ساعات، ويساعد هذا الانتقال وجود ضوء ساطع أثناء اليقظة والاستعانة بالظلام في وقت النوم.

يُعتبر هنا إسهام الوالدين ومشاركتهما، بالإضافة إلى رغبة لدى المراهق في تعديل دورة النوم واليقظة هما أمران ضروريان.

انقطاع النَفَس الإنسدادي النومي: ينخفض التوتر العضلي في مجرى الهواء العلوي أثناء النوم، ولهذا فعندما يكون مجرى الهواء مغلقاً جزئياً لأي سبب يؤدي النوم إلى ضعف التهوية، وبينما يعاني معظم الراشدين المصابين بهذه الحالة من البدانة، فإن هذا ينطبق على 20٪ فقط من الأطفال الذين يعانون من هذه الحالة. وسبب الانسداد الأكثر شيوعاً من غيره بين الأطفال هو تضخم اللوزتين والغُدَّانِيَّات (Adenoids)، كما تحدث في الأطفال المصابين بمتلازمة داون (Down syndrome).

تظهر في شكل شخير عالٍ مزمن، وقد يلاحظ الوالدان انسداد حلقي يشمل نوبات متكررة من التوقف عن التنفس أو صعوبة التنفس، وقد يستيقظ الطفل شاعراً بالضيق بعد حالة الانسداد، كما تظهر على شكل نوبات قصيرة متكررة من الاستيقاظ تؤدي إلى اضطراب نوعية النوم دون أن يلاحظها الوالدان، وإذا نام الطفل عدد ساعات طبيعية تؤدي سوء نوعية النوم للشعور بالنعاس. تشمل خيارات المعالجة التدخل الجراحي لإزالة اللوزتين المتضخمتين، ويستخدم أحياناً مضادات

الاكتئاب ثلاثية الحلقات مع الراشدين الذين يعانون من انقطاع النَفَس الانسدادي النومي أثناء النوم ولكن لا يبدو أنها فعالة مع الأطفال.

الرعب الليلي، والمشي أثناء النوم، والتيقظات التخليطية: ويكتنف جميعها استيقاظ جزئي دون اليقظة التامة من النوم العميق حيث يخلو من حركة العين السريعة (NON- REM sleep)، ولذا فهي تظهر غالباً خلال الساعتين الأوليتين من النوم (انظر الشكل 19-1) وتزداد نسبة ظهورها عندما يعيش الطفل حالة من القلق مثل حدوث انفصال في الأسرة.

التيقظات التخليطية (Confusional arousals): شائعة بين الرضع والدارجين حيث يبكي الطفل وينادي ويتجمد ولا يستجيب للحديث معه، وإذا تُرِكَ الطفل وحده يهدأ عادة ويعود للنوم الهادئ بعد حوالي (5-15) دقيقة. وتؤدي محاولة إيقاظ الطفل عموماً إلى زيادة الهياج وإطالة النوبة.

يظهر *المشي أثناء النوم* لدى (17٪) من الأطفال، ويكثر حدوثه في الأعمار من (4-8) سنوات، ويستمر لمدة تقارب العشر دقائق يتجول فيها الطفل بعينين مفتوحتين وبنظرة جامدة ثم قد يعود للنوم في سريره أو أي مكان آخر. وقد يتبول في أماكن غير مناسبة وهناك خطر التعرض لضرر ما مثل السقوط عن الدرج، لذا يجب أن تكون البيئة المحيطة بالطفل آمنة لأقصى درجة، وتزداد الأمور سوءاً عند محاولة منع الطفل من الحركة أو محاولة إيقاظه.

الرعب الليلي (Night terrors): يصيب حوالي (3٪) من الأطفال في أعمار من 6-12 عام حيث يستيقظ الوالدان على صراخ الطفل ليجدوه مرعوباً ومتعرقاً سريع النبض ينادي ويصرخ بعيون مفتوحة، وقد ينهض الطفل من السرير ويندفع بصورة متخبطة (وقد يصاب) وبعد دقائق قليلة يهدأ ويعود للنوم وعادة لايتذكر في الصباح أي شيء من الحادثة. ولكن إذا حدث واستيقظ بعد نوبة فإنه يصف شعور قوي بالخطر ولا يقدم حبكة قصصية معقدة كما في الكوابيس الليلية التقليدية.

وتعتبر الكوابيس من أهم مظاهر التشخيص التفريقي ويميزها عن الرعب الليلي أنه يتم وصفها بصورة حية، كما تحدث غالباً في النصف الثاني من الليل وعندما يتكرر حدوث الرعب الليلي أو المشي أثناء النوم أو التيقظ التخليطي في أوقات محددة يمكن علاجها أحياناً من خلال الإيقاظ المنظم أي إيقاظ الطفل بلطف قبل موعد النوبة (15-30) دقيقة ثم يترك ليعود للنوم بسرعة، وفي حال عدم استجابة النوبة لبرنامج الإيقاظ المنظم وفي حالة زيادة خطورة النوبات يجب التفكير في وصف الدواء كطريقة لضبط هذه الحالات من أجل حماية الطفل. ويُستَخدم عقار بِنزوديازيبين (Benzodiazepines)، ولكن يجب أن يُعطى لفترات قصيرة تحت إشراف المختصين.

الكوابيس: هي شائعة الحدوث أثناء النوم خلال طور حركة العين السريعة، حيث يستيقظ الطفل خائفاً ومنتبهاً ويتذكر بوضوح كل ما كان يجري في الحلم، ويستغرق زوال الخوف بعض الوقت ليعود الطفل بعدها للنوم، وتفيد طمأنة الوالدين للطفل في مساعدته على النوم مرة ثانية. وتزداد إمكانية حدوث الكوابيس إذا عانى الطفل من كرب أو مرض وغالباً ما ينتج عن اضطراب كرب ما بعد الصدمة كوابيس شديدة تدور حول الأزمة. ويمكن معالجة هذه الحالة بالكحول وأدوية عديدة منها معظم مضادات الاكتئاب، والبِنزوديازيبين، والمنبهات، وقد يؤدي السحب المفاجئ للأدوية الكابحة لنوم حركة العين السريعة إلى ظهور الكوابيس.

اضطراب الحركة النظمي (Rhythmic movement disorder):

يشمل ضرب أو دحرجة الرأس أو أرجحة الجسد بمجرد الدخول في النوم (أو أحياناً خلال الاستيقاظ أثناء الليل أو نهاية النوم) قد تستمر الحالة تقريباً (15) دقيقة أو أكثر. وهي حالة شائعة بين الرضع وتنتهي في عمر الثالثة أو الرابعة، وبينما يرافق ضرب الرأس أثناء اليقظة عادة صعوبات التعلم الحادة أو صعوبات نفسية يكون هز الرأس أثناء النوم عموماً حميد، وكل ما يتطلبه عادة هو طمأنة الوالدين وتبطين جوانب سرير الطفل.

التغفيق والأعراض المصاحبة له:

يعاني واحدٌ من كل ألفين من الراشدين من التغفيق (Narcolepsy)، وتظهر الأعراض الأولى على حوالي ثلثهم وهم في سن المراهقة أو الطفولة (5٪ قبل الخامسة من العمر). وتشمل الأعراض عناصر الانتقال من نوم حركة العين السريعة إلى اليقظة:

1 ـ **نوبات النوم:** حدوث النوم فجأة حتى أثناء أداء نشاط ما مثل تناول الطعام.

2 ـ **الجمدة (Cataplexy):** فقدان مفاجيء لتوتر العضلات يؤدي بالطفل للركود دون فقدان الوعي، ويعقب حدوث انفعالات قوية مثل الغضب أو الاستغراق في التسلية.

3 ـ **الشلل التالي للنوم (Sleep paralysis):** فقدان القدرة على الحركة أو الحديث أثناء اليقظة إما قبل النوم مباشرة أو بعد الاستيقاظ مباشرة.

4 ـ **حدوث هلاوس عند الاستغراق في النوم (Hallucination):** وتحدث هذه الهلاوس في مقتبل النوم أو أثناء النوم أو بعد الاستيقاظ مباشرة.

ويشكل ظهور هذه الأعراض الأربعة معاً حدوث التغفيق الرباعي التقليدي، وقد تظهر واحدة من هذه الحالات بصورة مستقلة أو بمصاحبة واحدة أو اثنتين من الأعراض الأخرى، ويعتبر عقار ميثيل فنيدات (Methylphenidate) مفيداً عادة في معالجة نوبات النوم، (مع المحافظة على النوم الجيد)، بينما يمكن لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أن تقلل أو تمنع الجمدة، و أيضاً يمكن استخدامها مع الهلاوس والشلل التالي للنوم، وعادة ما يكون إدخال الطمأنينة على قلب الطفل كافياً.

متلازمة كلاينه ليڤين (Kleine-levin Syndrome):

نادرة وتصيب عادة الذكور المراهقين، وتشمل حالات من النوم المفرط والإفراط في الأكل، وسلوكيات جنسية جامحة يرافقها أحياناً اضطراباً في المزاج

وتهيجاً وسلوكاً غريباً، ويمكن للحالة أن تستمر لساعات أو أيام أو أسابيع، وقد تعاود الظهور كل بضعة أسابيع أو شهور، ويُشك في وجود اضطراب وطائي غير طبيعي، ولكنه غير مؤكد الحدوث. ويمكن طمأنة المراهقين والوالدين والمدرسين بأنها حالة معروفة وأنها غير ذهانية، وقد يقلل استخدام عقار ثلاثي الحلقات أو الليثيوم من ظهورها.

المداواة (Medication):

يُعتَبر التعليم، وبث الاطمئنان، ونصائح الإرشاد هي طرق المعالجة الأساسية لاضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين، وهناك بعض الحالات التي تُستَخدم فيها الأدوية. مع ذلك يجب التركيز على عدم استخدام المنومات إلا في حالات نادرة، فرغم فاعليتها على المدى القصير في علاج المشكلات الشائعة في الدخول أو الاستمرار في النوم، فهي تُعَد أقل الطرق النفسية فاعلية، وقد تسبب المزيد من التشويش على المدى البعيد، كما أنه من الخطأ استخدام دواء (بنزوديازيبين) لأكثر من أسبوع أو أسبوعين حيث إنها تفقد فاعليتها وتسبب الإدمان، وقد تزيد من مشكلات النوم سوءاً بعد إيقاف تعاطيها. وقد ظهر اهتمام باستخدام (الميلاتونين) كعلاج جزئي، ولكنه كان ذا فائدة محدودة في معالجة اضطرابات تسارع القلب لدى بعض الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم عامة وشديدة.

الفصل العشرون

الاضطرابات الجسدية النفسية

Psychosomatics

أصبح فصل العقل ككيان مستقل عن الجسد تماماً أمراً مرفوضاً في الوقت الحالي، وتُعزى هذه الثنائية إلى ديكارت (Descartes) في القرن السابع عشر، وفي الحقيقة كان بلاتو (Plato) في القرن الرابع قبل الميلاد، قد أشار إلى أن خطأ المعالجين الأكبر في زمانهم يتمثل في فصل الجسد عن العقل.

ويتفق معظم أطباء الأطفال والمعالجين النفسيين فى الوقت الحاضر على الحاجة لمنهج متكامل، وقد تبين لهم أن الاضطرابات الجسدية الموصوفة في كتب طب الأطفال لها أبعادها النفسية، كما أن للاضطرابات النفسية الوارد ذكرها في هذا الكتاب لها أبعاد جسدية لا يمكن تجاهلها.

وتشمل اضطرابات العقل والجسد قائمة طويلة تضم الطب كله ـ تقريباً ـ وقد يكون اتجاه التأثير أساساً جسدياً نفسياً (Somatopsychic) حيث تؤدي الأسبقيات الفسيولوجية إلى تبعات نفسية، وقد يحدث العكس في حالات أخرى حيث تؤدى الأسبقيات النفسية إلى تبعات فسيولوجية وهو ما يعنيه معظم الناس بتعبير نفس جسدي (Psychosomatic).

فغالباً ما يكون التمييز بين حالات النفس الجسدية وغيرها مجالاً للجدال، ففي حالات الربو (Asthma) على سبيل المثال رغم أن حدوث التوتر النفسي يؤدي إلى زيادة الإصابة بنوبات الأزيز (wheezing) لدى بعض الأطفال من ذوي الاستعداد لحدوث المرض، ويرفض البعض اعتبار الربو اضطراب نفسي جسدي حيث إن الكرب يمثل فقط عاملاً مساعداً على حدوث المرض من بين عدة عوامل.

وقد اتفق عدد كبير من الاختصاصيين على اعتبار أن آلام المعدة والصداع لدى الأطفال هي عادة أمراض نفس جسدية، ولكن هذا قد يعكس جزئياً جهلنا بأثر العوامل الفسيولوجية المهيئة والمساعدة على حدوث الأمراض، وقد يكون من الأفضل أن نعتبر أن المدخل النفسي الجسدي له علاقة وطيدة في كافة الحالات.

ويضم هذا الفصل مقدمة عامة عن المدخل النفسي الجسدي يتبعها جزء مفصل عن ثلاثة اضطرابات توضيحية، وهي ألم البطن المتكرر (Recurrent abdominal pain)، ومتلازمة الشعور المزمن بالإرهاق (Chronic Fatigue Syndrome)، واضطراب التحويل (Conversion Disorder)، بينما يركز الفصل الخامس والعشرون على الارتباطات الجسدية النفسية (Somatopsychic)، حيث يصف التعقيدات النفسية شائعة الحدوث، والمصاحبة للاضطرابات العقلية في مرحلة الطفولة.

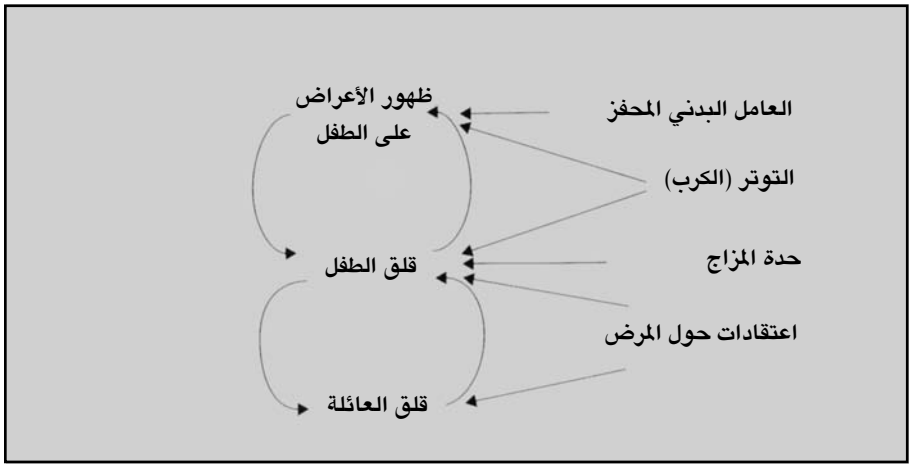
بعض المبادئ العامة (Some General Principles):

قدرة الكرب والقلق على بدء وتضخيم الأعراض الجسدية

(Stress and anxiety can initiate and amplify somatic symptoms):

يُعرَف معظم القراء من خلال الخبرة المباشرة أو ملاحظة قدرة التوتر النفسي والكرب على إحداث أعراض جسدية متنوعة مثل الصداع، والغثيان، وآلام البطن، والإسهال، وكثرة التبول. كما أنه من المعروف أن التركيز بقلق على عرض ما يزيده سوءاً، مما يسبب المزيد من القلق ويعقبه زيادة التركيز على الأعراض، وهكذا ينتهي إلى دائرة مغلقة تزداد سوءاً.

وقد يؤدي شعور الأطفال بالقلق والضيق إلى شعور الوالدين بالعجز والذعر أيضاً، مما يؤدي إلى ضعف قدرة الوالدين على إخفاء مشاعرهم وإلى زيادة قلق الأطفال، ويشرح شكل (20-1) هذه الدائرة المغلقة وتداخلاتها.



الشكل رقم (20-1) التصاعد بين القلق والأعراض الجسدية

وتلعب معتقدات الأسرة حول المرض دوراً أساسياً، فيختلف الأفراد في المدى الذي يعبرون به عن الأعراض الجسدية من حيث (طبيعية) أو (مرضية).

فيرجع تفسير الأعراض الطبيعية إلى عوامل بيئية أو نفسية فمثلاً (أعاني من صداع لأنني واقع تحت ضغط يؤدي إلى التوتر أبقاني مستيقظاً طوال ليلة أمس)، بينما يركز العزو المرضي على العوامل العضوية والمرضية (مثلاً قد يكون سبب الصداع هو إصابتي بورم في الدماغ). وهكذا نرى أن إسناد الأعراض إلى مسببات طبيعية يكون له آثار مطمئنة تستطيع أن تمنع القلق وتوقف الدائرة المغلقة. يختلف التوازن في إسناد المرض إلى أسباب طبيعية ومرضية لدى أي فرد في الأسرة من وقت لآخر، كما قد يختلف حسب طبيعة الأعراض، فمثلاً يضعف توتر الأسرة العزو الطبيعي، كما أن الوفاة الحديثة لقريب أو صديق بسبب ورم في الدماغ تزيد من احتمالية تفكير الوالدين والأطفال بالأسباب العضوية للصداع.

ويمكن أن نوقف دائرة القلق المغلقة في أوقات عدة ببث الطمأنينة عن طريق استشارة طبيب موضع ثقة بعد قيامه بإجراء فحص مناسب، وقد يقع الأطباء أنفسهم في بعض الأحيان في هذه الدائرة المغلقة المفعمة بالرعب ويسندون الأعراض لأسباب مرضية باندفاع في اتجاه إجراء المزيد من الفحوص

الدقيقة، وطلب رأي مختص ثاني؛ مما يؤكد مخاوف الأسرة بأن هناك شيئاً خطيراً يستحق القلق.

أحياناً قد تكون الأعراض البدنية قناعاً

[Somatic symptoms can sometimes be a (mask)]:

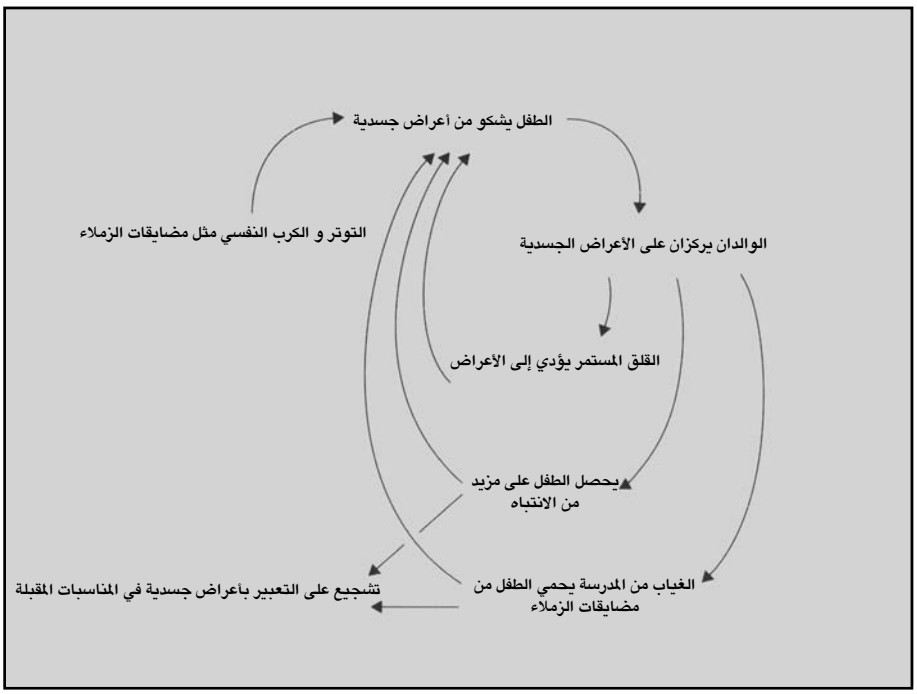
قد تظهر المعاناة والضيق الناتج من عوامل نفسية أو اجتماعية على شكل أعراض جسدية، وتظهر هذه الحالة بوضوح لدى الأطفال الصغار. قد يقاوم الطفل دموعه بعد شجار مع صديق له، ولكنه يبكى بكاءً حاراً بعد أن يسقط على الأرض سقوطاً بسيطاً بعد هذا الشجار بفترة وجيزة، ويقصد بذلك الحصول على التعاطف والتفهم من خلال التركيز على أعراض جسدية مقبولة مثل الألم الجسدي، وقد يكون لذلك آثار سيئة طويلة المدى حيث يتم تدريب الطفل على تحويل آلامه النفسية إلى أعراض جسدية (انظر الشكل 20-2) وتساعد التربية الحساسة للأطفال على التعبير عن التوتر النفسي دون الحاجة الى إخفائها من خلال أعراض جسدية (شكل 20-3)، وهناك أيضاً خطر يواجه الآباء والمختصين، وهو تبني الموقف المغاير تماماً أي المبالغة في ربط الأعراض الجسدية فقط بالنواحي النفسية، وذلك عن طريق التقصي الشديد في النواحي النفسية والمبالغة في التفسير النفساني للأعراض الجسدية.

المرض والصحة لكل منهما تأثيره

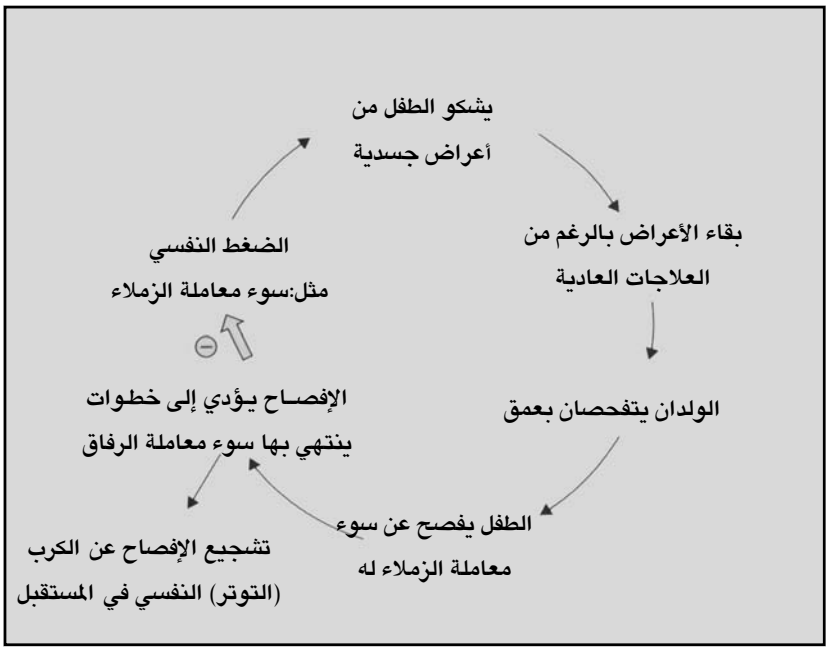
(Health and illness can each be self- perpetuating):

يرغب معظم الأطفال المرضى في الشفاء بسرعة كي يعودوا للعب مع الأصدقاء، وممارسة باقي الأنشطة المألوفة، ولكن المرض له جاذبيته أيضاً ويشمل ذلك الحصول على اهتمام الوالدين، والتعاطف، والهدايا، والإعفاء من المطالب المعتادة. ورغم أن الصحة غالباً ما تكون أكثر جاذبية من المرض إلا أن هذا التوازن قد يختل عند تعرض الطفل لكروب حياتية شديدة أو مزمنة خاصة، إذا لم يكن أمام الطفل أي منفذ آخر غير المرض، وتتراوح المواقف الصعبة التي لا يمكن الهروب

منها ما بين التعرض للتحرش الجنسي في الخفاء، ولا يستطيع الطفل التعبير عنها وصعوبة المحافظة على التفوق في المدرسة وعدم القدرة على تحمل تفوق المنافسين الآخرين. إن الجاذبية النسبية لكل من الصحة والمرض يمكن أن تتبدل بعد فترة من المرض بغض النظر عما إذا كان جسدياً تماماً أم لا، فبمجرد أن يمرض شخص ما فترة زمنية تقل الأسباب التي تهيئه لاستعادة الصحة فقد يجد رفاقه السابقين رفاقاً جدداً يشاركونه اللعب، وهناك التهيب من الأعمال المدرسية المتراكمة، وقد يكون الطفل قد فقد الكفاءة أو الاهتمام بأنشطة الترفيه السابقة بالإضافة إلى ذلك قد يؤدي المرض الطويل للإعجاب بالعالم الاجتماعي للطفل المريض سواء في المستشفى أو المنزل، وعندما نصل إلى النقطة التي يصبح فيها المرض أكثر جاذبية من الصحة فإن أي محاولة لمساعدة الطفل على الشفاء تؤدي إلى تفاقم حدة الأعراض.


الطفل يشكو من أعراض جسدية
التوتر و الكرب النفسي مثل مضايقات الزملاء
الوالدان يركزان على الأعراض الجسدية
القلق المستمر يؤدي إلى الأعراض
يحصل الطفل على مزيد من الانتباه
الغياب من المدرسة يحمي الطفل من مضايقات الزملاء
تشجيع على التعبير بأعراض جسدية في المناسبات المقبلة

الشكل رقم (20-2) تركيز الأسرة على الأعراض الجسدية يدرب الطفل على الشكوى منها



الشكل رقم (20-3) التعامل بطريقة حساسة مع العوامل النفسية يدرب الطفل على العقلية السيكولوجية

النتيجة العكسية للموقف الاتهامي (التشكك في شكوى الطفل) (An accusatory stance is counterproductive):

عندما يشكو الأطفال في البداية من الأعراض الجسدية، فقد ينجح الآباء في اكتشاف اللعبة وينتهي الموقف، ولكن عندما يعرض الأطفال على الطبيب سيشعرون بالحرج من إظهار التحسن إذ تمت مواجهتهم بمبالغتهم أو ادعائهم للأعراض، وقد يشعر الآباء أيضاً بالغضب أو بالغباء لاقتناعهم بأعراض غير حقيقية.

لذا فإن مصارحة الوالدين للأطفال بعدم اقتناعهم بشكواهم، أو التعامل معها باستهزاء قد يدفع الأطفال ببساطة للإصرار على شكواهم، وقد تسوء الأعراض

التي يبديها الأطفال خلال محاولتهم إقناع والديهم بجدية مرضهم، وقد تؤدي حساسية الأسرة والطفل لأي إشارة تعبر عن إدانة وتشكيك الأطباء المتخصصين؛ مما يؤدي أيضاً إلى نتائج عكسية.

عوامل متعلقة بالطفل (Factors in the child):

غالباً ما يتصف الأطفال باضطرابات النفس الجسدية بالحساسية والواسواس والقلق وعدم الأمان، وهي أمور يُفضَل أن يُنظَر لها كسمات شخصية لا كاضطرابات نفسية.

يكون الأطفال المصابون مهيئين مزاجياً للانسحاب من مواقف جديدة، وقد تكون لديهم مشكلات سابقة في علاقاتهم مع الرفاق، وقلة منهم فقط يعانون من اضطراب نفسي مصاحب آخر، ويصعب في أوقات كثيرة معرفة إذا كان الاضطراب النفسي نتيجة لشكواهم الجسدية أم أنه السبب فيها «بالطبع أنا مكتئب يا دكتور؟ ألن تشعر بذلك لو كنت تعاني من أعراضي؟

عوامل متعلقة بالأسرة (Factors in the family):

قد يتعرف الطفل على الأمراض وأساليب التعامل معها من خلال النماذج التي يقدمها أفراد الأسرة الذين يعانون من أعراض جسدية. إذا كان لدى الأقارب آلام في المعدة أو صداع أو نوبات تشنجية فقد تزيد من حساسية الأطفال لهذه الأعراض ويقدم له نماذج يقلدها بوعي أو بدون وعي. وخاصة إذا كان الراشدون في الأسرة يستجيبون بقلق لأعراضه الجسدية مفترضين أنها شيء معقد وخطير يحدث خارج سيطرتهم، وقد يؤدي هذا إلى دعم القلق وزيادته عند الطفل. وهذا يؤكد على أن فكرة التحكم في المرض تكون خارجة عن الإرادة أيضاً أي بتأثير المصادر الخارجية.

بالرغم أن الكرب الأُسري (التوتر) قد يخلق أو يضخم المشكلات الصحية إلا أنه لا توجد أدلة ثابتة تربط بين أشكال محددة من الكروب وأنواع مرضية محددة. وتتميز الأسر التي تعاني من أعراض النفس الجسدية بأنها أسر مغلقة، وتجد صعوبة في التعبير عن القضايا والاهتمامات النفسية بصورة مباشرة، وتسعى وتقدم الاهتمام والطمأنينة من خلال الاهتمام بالنواحي الجسدية. ومن الخصائص الأسرية الأخرى التي يُفترَض أنها تساعد على حدوث اضطرابات النفس الجسدية:

*الاختلاف الشديد في موقف الوالدين فأحدهما شديد الاهتمام والآخر بعيد.
* عدم انسجام الوالدين.
* الحماية الوالدية الزائدة.
* سوء التواصل دون الوصول إلى حد النزاعات المفتوحة.
* وضع قوانين جامدة، وغير منتظمة أكثر من وضع قوانين مرنة وثابتة.

يقال إن الصفات الإيجابية في الأسرة والتي تحمي من الاضطرابات هي الدفء، والتماسك، والتلاؤم برضا مع واقع الأسرة، ورغم أن عوامل الخطورة والحماية هذه تبدو معقولة ومنطقية فهي تأتي من انطباعات إكلينيكية وليست من دراسات تجريبية مما يجعلها مضللة أحياناً.

الكروب الخارجية (External stressors):

يمكن أن تؤدي الظروف السيئة وأحداث الحياة المعاكسة إلى ظهور أعراض النفس الجسدية، ويبدو أن سوء المعاملة له أثاره فى أقلية من الحالات، بينما تكون مساهمة الإيذاء من الأقران والضغوط الدراسية هي الأسباب الأكثر شيوعاً.

أساليب التعامل (Approachs to management):

يتم عادة في البداية تحويل الأطفال ذوي الأعراض الجسدية إلى طبيب الأطفال. ويزيد تقبل الأسرة لاتجاه النفس جسدي في التقييم والمعالجة إذا اتبع

طبيب الأطفال والطبيب العام منذ البداية أسلوب شمولي واضح واضعين في الاعتبار من التقييم الأول التأثير المتبادل بين العوامل النفسية والجسدية.

ومع هذا التوجه من البداية تكون مشاركة مختص الصحة النفسية في التقييم والمعالجة مجرد تغيير في التركيز على النواحي المختلفة وليس تغيراً كاملاً في الاتجاه، والذي يحمل في طيه رسالة للوالدين تقول: «إننا انهينا فحوصاتنا وطفلكم سليم من الناحية الجسدية، ويُفضَل لكم الآن أن تراجعوا طبيباً نفسياً بالأحرى».

وتحتاج الأسرة أن تسمع من طبيبها أن الفحص الحالي استبعد مخاوفهم من إصابة الطفل بأمراض عضوية كانوا يخشونها مثل الأورام أو القرح أو الانسدادات وغيرها. ومع أن هذا التقليل من أهمية الأعراض، إلا أنه يشير إلى إمكانية البدء في معالجتها معالجة فعالة بعد الاطمئنان لعدم وجود شيء سيء وخطير، وهذه الرسالة التي تساعد في عدم تصاعد دائرة القلق قد لا يلتفت إليها الوالدين إذا استمر الطبيب في إجراء سلسلة من الفحوص على سبيل الاحتياط.

وعلى الجانب الآخر لن نكسب الكثير إذا حاولنا إجبار الأسرة على النظر للأمور من وجهة نفسية لدرجة أكثر مما تريد، فإذا أصرت الأسرة على اعتبار الأعراض الجسدية أكثر أهمية نقول إنها قد تكون على حق فوجهة النظر الطبية الحالية حول العقل والجسد قد تبدو خاطئة بالنسبة للأجيال القادمة، وقد يكون من المفيد توضيح مدى تأثير العقل على الأمور (العقل يسود المادة) وتدرج جوانب إعادة التأهيل.

يمكن للأساليب النفسية والسلوكية أن تكون فعالة حتى في حال وجود أسباب عضوية للأعراض وهو السبب وراء استخدام هذه الأساليب لمساعدة الأطفال في التعامل مع الإجراءات الطبية المؤلمة، أو في التعامل مع الأعراض الجسدية المزمنة الناشئة عن أسباب عضوية. من المفيد عادة تعليم الطفل والأسرة أسلوب التهدئة الذاتي (Self-hypnosis) أو العلاج بالاسترخاء، فهذه الأساليب

تزيد من إحساسهم بالسيطرة على أعراضهم، ومع فائدتها في معالجة الحالة الحالية إلا أنها أيضاً علاج وقائي (Prophylactic) في المستقبل أيضاً.

أما الأسر الأقل اقتناعاً بدور العوامل النفسية، فإنها قد تجد هذه العلاقة تمثل تحدياً لمفهومهم منذ البداية، ولكنها يمكنها أن تصبح أكثر تقبلاً عندما تبدأ فى جني ثمار أسلوب «العقل يسود المادة» (Mind over matter).

توافق الأسر المقتنعة بالنواحي النفسية من البداية بالتأثير المحتمل للكروب، وتؤيد إجراء المزيد من الفحوص للتأكد من تأثيرها، ولكن قناعتها تزداد أحياناً بعد أن ترى تأثير أساليب سيطرة العقل.

يعاني بعض الأطفال من اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب إلى جانب أعراضهم الجسدية، ويُصَح بأن تعالج هذه الاضطرابات على حدة ما لم يمكن معالجتها من خلال التدخلات والمعالجات النفسية الأخرى.

آلام البطن المتكررة [Recurrent abdominal Pain (RAP)]:

تظهر بين (10-25٪) من الأطفال خصوصاً في الأعمار من (3-9) سنوات. يلاحظ الآباء غالباً الصلة بين نوبة الألم والكرب النفسي ويتعاملان مع حالة النفس الجسدية دون تدخلات طبية، ومع ذلك فإن الحالات القليلة التي تُعرَض على المختصين تمثل 10٪ من مجموع الزيارات للعيادات الخارجية لأطباء الأطفال، وحتى في المراكز الطبية للرعاية الفائقة التخصص للأطفال تثبت أن أقل من 10٪ من آلام البطن المتكررة ناتجة عن أسباب عضوية. ورغم وجود بعض الإشارات بأن بعض الأطفال مهيئون جسمانياً للآلام البطن المتكررة يُعتقَد بأن الكروب النفسية تلعب دوراً رئيسياً كعوامل معززة تساعد على ظهور المرض.

عوامل خاصة بالطفل (Factors in the child):

كون معظم الأطفال الذين يعانون من آلام البطن المتكررة طبيعيين من الناحية النفسية، ولكن مع زيادة طفيفة في معدل المشكلات النفسية عند مقارنتهم مع

الأطفال الذين يعانون من آلام البطن المزمنة لأسباب عضوية معروفة. يوصف الأطفال عادة بأنهم خجولون ومتوترون وضميرهم حي لدرجة عالية ومن الحريصين على الوصول إلى رضا الراشدين، وينسحب بعضهم من التحديات الجديدة وآخرون يميلون للتهيج وسرعة الإستثارة عند تعرضهم للكروب والتوتر.

عوامل تتعلق بالأسرة (Factors in the family):

تؤكد المشاهدات الإكلينيكية لأسر مثل هؤلاء الأطفال على أنها عائلات حميمة العلاقات منغلقة لها توقعات عالية من أطفالها، ويزداد معدل اهتمامها بالطفل، ويعاني أفراد الأسرة من ارتفاع معدلات الأعراض الانفعالية والشكاوى الجسدية خصوصاً شكاوى الجهاز الهضمي بعضها له سبب عضوي معروف وبعضها غير معروف سببه. ما زالت هناك حاجة لتوضيح إذا كان الانتشار في الأسر، يعكس نموذج وراثي، أو الانتقال من خلال الجينات، أو التعرض المشترك لظروف البيئية السلبية.

عوامل التوتر الخارجية (External stressors):

ترتبط مع أحداث الحياة وتندرج معظم الكروب والتوترات ضمن مشكلات الحياة اليومية مثل تغيير المدرسة أو قرب موعد الامتحانات. ومن غير المعتاد على الإطلاق أن تظهر أعراض آلام البطن المتكررة على الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي بدون أعراض أخرى لاضطرابات أكثر انتشاراً.

التاريخ الطبيعي (Natural history):

يواصل الغالبية العظمى من الأطفال نموهم متجاوزين مشكلة آلام البطن المتكررة، بينما يعاني قلة قليلة منهم من مشكلات عضوية، وتكون أحياناً مؤشراً يؤدي لمتلازمة تهيج الأمعاء (Irritable bowel syndrome) في الرشد.

المعالجة (Treatment):

تحتاج الأسرة إلى اطمئنان طبي معتمد على فحوصات واقية، ومن المفيد عادة إشراك الطفل والأسرة في مراقبة وضبط الأعراض وما يسبقها وما يترتب عليها، مما يجعل العلاقة بين الشكوى والنواحي النفسية أكثر وضوحاً لكل المعنيين. يمكن تعليم الطفل أساليب للسيطرة على الأعراض مثل التخيل المُوجّه، أو التهدئة الذاتية، أو تمارين الاسترخاء. وينبغي تشجيع الطفل على ممارسة الأنشطة المعتادة رغم وجود الآلام، ويجب على الوالدين تطبيق هذه الأنشطة من خلال الاهتمام والمكافآت وفي الوقت نفسه عليهم الإقلال من قدر الاهتمام في حال توجيه مزيد من الانتباه إليها.

يساعد الالتزام بهذه الأساليب عادة على اختفاء الآلام أو يصبح التعايش معها أسهل إذا استمرت أو عند معاودة ظهورها.

متلازمة التعب المزمن [(Chronic Fatigue Syndrome;CFS)]:

تظهر غالباً لدى الراشدين ولكنها قد تظهر أيضاً بين الأطفال، وتصيب حوالي من 0.4 إلى 2 في الألف حسب دراسة بريطانية حديثة. وتُعرف عادة بأنها التعب الجسدي الذي يعوق القيام بأنشطة الحياة اليومية والذي يستمر لفترة تزيد على ستة أشهر، ولا يمكن تفسيره من خلال أسباب جسدية أو نفسية، ويصاحب الحالة عادة إجهاد نفسي وأعراض جسدية أخرى دون أسس عضوية واضحة، ويكون المزاج متدنياً وهو ما تعتبره الأسرة والطفل نتيجة للشعور بالتعب وليس السبب فيه. ولا يصاحب هذا المزاج السيء عادة لوم للذات أو الشعور بعدم القيمة، ويتم تشخيص اضطراب الاكتئاب لدى ثلث الحالات فقط.

وكما هو الحال في متلازمة التعب المزمن لدى الراشدين، فإن الأدلة على وجود أسباب عضوية تعد ضعيفة ولكن غياب الإثبات لا يعني إثبات للغياب.

وتولد المناقشة بين الطبيب والأسرة حول الأهمية النسبية للعوامل النفسية والفسيولوجية في هذا الاضطراب صداماً أكثر، مما تسبب استثارة أشد. ويفضل

التزام الأسلوب العمهي (لا أدري) ورفض الدخول في مناقشة لا يمكن حلها بطريقة حاسمة في الوقت الحاضر مع الاستمرار في المعالجة.

ومن المفيد أيضاً تشجيع الطفل والأسرة على التغلب على المشكلات باتباع أساليب قوة التفكير الإيجابي (Power of positive thinking)، وإعادة التأهيل التدريجي. ويمكن دفع الطفل بالتعاون مع الأسرة للقيام بمزيد من النشاط كل يوم والعودة تدريجياً للأنشطة البدنية الطبيعية، والأنشطة المدرسية والترفيهية. ويجب التركيز على قيمة وفاعلية هذه الأساليب المعرفية السلوكية ولكن نجاحها لا يعني أن هذا الاضطراب كان وهماً أو محصوراً في العقل فقط بالدرجة الأولى.

الاضطرابات التحويلية (Conversion Disorders):

يشتمل الاضطراب التحويلي على وجود أعراض أو عجز يؤثر على القدرة الحركية الإرادية أو الوظائف الحسية، وتوحي هذه الأعراض بوجود اضطرابات عضوية، ولكن دون وجود دليل على السبب العضوي مع توافر البرهان الإيجابي على المسبب النفسي. ويُظهِر هؤلاء الأطفال مشية غريبة، أو ضعفاً أو شللاً في الساقين، انحناءات مضحكة، أو عجزاً كاملاً، وتنسجم الأعراض مع فكرة المريض عن طبيعة المرض وتتلاقى جزئياً فقط مع فكرة الطبيب عن المرض، وهذا التناقض بين الفكرتين هو الذي يوحي عادة بأن المرض هستيري (Hysterical).

يواجه تشخيص الاضطرابات التحويلية صعوبات عدة، فقد يظهر لدى مجموعة من الأطفال الذين تم تشخيص حالاتهم (اضطرابات تحويلية) ما يفيد وجود أسباب عضوية وراء هذه الاضطرابات ومسؤولة عن أعراضهم. فالأعراض التي تبدو غريبة قد يظهر أنها ملامح لاضطراب نادر لم يضعه الطبيب المشخص في اعتباره، ويمكن أن تظهر أيضاً على الأطفال أحياناً أعراضاً غريبة لاضطرابات أكثر شيوعاً، ومما يزيد الأمر تعقيداً أن العوامل العضوية تبقى هامة حتى عندما تكون العوامل النفسية هي المسؤولة عن الأعراض. ويلجأ الأطفال الذين يتم تكذيب ادعاءاتهم إلى المبالغة في أعراضهم حتى يتم معاملتهم بمزيد من الجدية، بالإضافة

إلى أن الأطفال قد يقلدون النوبات الاضطرابية، ولكن حتى وإن كانت النوبات مزيفة فهذا لا يعني استبعاد أن تصاحبها نوبات صرع حقيقية.

ورغم كل هذه المآزق التشخيصية ما زال معظم الإكلينيكيين مقتنعين بوجود اضطراب تحولي (Conversion Disorder) يمكن أن ننظر إليه باعتباره تمثيل غير واعٍ للمرض كاستجابة لمواقف صعبة غير محتملة. ويستجيب بعض الأطفال للكرب (التوتر النفسي) بالسلوكيات العدوانية أو التصرف بطريقة تجاوز سنهم الحقيقي، أو بطريقة مثيرة للشفقة، بينما يستجيب البعض الآخر بتمثيل دور المرض.

يجب أن يحرص الأطباء على ألا تزيد حالة هؤلاء الأطفال سوءاً من خلال سلسلة الفحوصات وطلب المشورة في التشخيص، كما يجب عليهم أن يساعدوا الأطفال على تعلم أساليب من التفكير الإيجابي أفضل للتعامل مع أي كرب يساعد على ظهور المرض.

وتشير بعض التقارير إلى ارتفاع نسبة انتشار الاضطرابات التحولية في الدول النامية وانخفاضها في أوربا وأمريكا. حيث يتم تشخيص 1٪ من المرضى النفسيين داخل المستشفى باعتبارهم مصابين باضطرابات تحولية، ورغم أن النسبة قد تكون أعلى بين مرضى العيادات الخارجية خصوصاً الذين يتم تحويلهم من قِبَل طبيب الأطفال، ويندر حدوث هذه الاضطرابات قبل الخامسة من العمر وتصيب عادة الأطفال فوق العاشرة من العمر، وقد تكون الإناث أكثر استعداداً للإصابة بعد سن البلوغ.

الطفل (The child):

يبدو توافقهم مع أحداث الحياة قبل بداية الأعراض طبيعياً، ويميل بعضهم للمثالية أو زيادة الوعي، ويعاني قلة قليلة فقط من اضطراب نفسي آخر.

الأسرة (The family):

تبدو معظم أسر هذه الأطفال طبيعية إلا أن أسرة واحدة من بين كل خمس

حالات تعاني من خلل واضح، وتقتنع الأسرة عادة بأن الاضطراب عضوي، ويرغبون في إجراء مزيد من الفحوص الجسدية، ويقاومون الإحالة للمختصين النفسيين، ويصحبها عادة تاريخ أُسري من الاضطرابات الفسيولوجية والنفسية.

المحتوى والنتائج (The Context and outcome):

يعاني الطفل عادة من مآزق صعبة تتراوح بين تحرش جنسي خفي إلى طموحات عالية يصعب تحقيقها. وقد يظهر الاضطراب بسبب ظروف حياتية سيئة أو مرض جسدي بسيط رغم عدم وضوح ما يسبقه من أمور في بعض الحالات.

ويمكن في 80٪ من الحالات تحديد نموذج للأعراض التي يتجلى الطفل بها مثل مرض في الأسرة أو مرض في الدائرة الاجتماعية الأوسع للطفل أو مرض سبق أن أُصيبَ به الطفل. وتُشفَى معظم الحالات بينما يستمر قلة قليلة من الحالات، وتصير مزمنة.

المعالجة (Treatment):

يجب وقف الفحوصات الفسيولوجية، ويساعد التركيز على الأعراض من البداية بدلاً من التركيز على الكروب النفسية المحتملة في زيادة مشاركة الأسرة، وهي عملية قد تكون بطيئة ولكن يصعب في ذات الوقت الإسراع فيها. ويمثل مزيج من إعادة التأهيل الفسيولوجي والتدريب على سيطرة العقل (فكرة العقل يسود على المادة) علاجاً ناجحاً للطفل.

ويجب أن تقدم مكافآت للتشجيع على تحسن وشفاء الطفل أكثر من تلك التي تقدم لمرضه، وقد يتم هذا أحياناً من خلال تعديل سلوك الأسرة، وإدخال الطفل للعلاج بالمستشفى. وعندما يكون الطفل واقعاً في مأزق صعب يجب الانتباه لهذه الظروف والتعامل معها.

الفصل الحادي والعشرون

مشكلات مرحلة ما قبل المدرسة

Preschool Problems

رغم معاناة العديد من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة من مشكلات انفعالية وسلوكية إلا أنه عادة يصعب تصنيفها، فقلة فقط يكون لديها واحدة من المتلازمات المعروفة جيداً، والمشروحة في أحد أجزاء هذا الكتاب، على سبيل المثال اضطراب التوحد أو اضطراب التعلق. غالباً ما يكون لدى الطفل جانب واحد من المشكلة مثل نوبات الغضب، أو المخاوف أو بعض المشكلات المشابهة التي يصعب إضافتها لأي من التشخيصات المعروفة، ولهذا فإن لتقييم طفل في مرحلة ما قبل المدرسة هناك قائمة بالتشخيصات التفريقية أكثر مما نقدم تشخيص محدد.

مشكلات شائعة (Common problems):

إن الدراسة المجتمعية التقليدية لمشكلات مرحلة ما قبل المدرسة ونتائجها هي دراسة من مرحلة ما قبل المدرسة إلى مرحلة دخول المدرسة (Preschool to School study) (انظر الشكل 21-1). يعاني أطفال مرحلة ما قبل المدرسة من نفس الأعراض التي تجعل الأطفال الأكبر سناً موضع اهتمام الطبيب النفسي مثل القلق، والمخاوف، والحزن، والعدوان، ونوبات الغضب، والنشاط الزائد، وضعف الانتباه وغيرها. وكما يوضح الشكل فإن الأعراض تختلف باختلاف الأعمار، فمع زيادة نضج الطفل يقل النشاط الزائد والمخاوف ويزيد القلق والتوتر، بينما نجد أن صعوبة ضبط الطفل تكون على نفس الدرجة في مختلف الأعمار. وتكثر بين أطفال مرحلة ما قبل المدرسة بصفة خاصة مشكلات العادات والمشكلات النمائية، تأخر التدريب على استخدام الحمام يكون شائعاً جداً، وكذلك عادات التهدئة المختلفة مثل الاهتزاز، ومص الأصبع، وضرب الرأس، والاستمناء، أو مص الشعر. تشمل المشكلات الشائعة الأخرى ضعف الشهية، والأكل الابتداعي (Faddy eating)، وصعوبة النوم وتكرر الاستيقاظ. ويظهر شرح نتائج دراسة

مرحلة ما قبل المدرسة إلى مرحلة المدرسة دور النضج في اختفاء العديد من العادات والمشكلات النمائية. وعندما يعرف الآباء هذه المعلومة يصبحون أكثر استعداداً لانتظار النمو وتجاوز طفلهم لهذه المشكلات، وإذا احتاجت الأسرة للمساعدة فالنصيحة حول طرق التعامل السلوكية سواء من الزائرين الصحيين أو طبيب الأسرة، أو طبيب الأطفال، أو مختصي الصحة النفسية.

النتائج في مرحلة الطفولة المتأخرة (Outcome in Later Childhood):

بالرغم من كون بعض مشكلات مرحلة ما قبل المدرسة مؤقتة، إلا أن بعضها يستمر. وقد تبرهن على إزمان هذه المشكلات بكل من الدراسات الرجعية والمستقبلية فمن ناحية الدراسات المستقبلية نجد أن دراسة مرحلة ما قبل المدرسة إلى المدرسة قد أظهرت أن نسبة لها قيمتها من أطفال مرحلة ما قبل سن الدراسة يعانون من اضطرابات شديدة مزمنة، وتظهر عليهم مع تطورهم اضطرابات واضحة مثل اضطراب التصرف، وفرط النشاط، والاضطرابات الانفعالية.

ومن ناحية الدراسات الرجعية فقد تأكد أن هذا الإزمان مبرهن عليه عند تقييم المشكلات النفسية عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، بالإضافة إلى ملاحظات الآباء التي تؤكد على أن جذور المشكلة قد بدأت قبل سن المدرسة. إن العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب العصيان والمعارضة كانوا دائماً سريعي الإستثارة ويميلون لإظهار نوبات غضب مزاجية، والعديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال كانوا دائماً شديدي التعلق والخوف، وعانى كثير من الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه، وفرط النشاط من كثرة الحركة وضعف الانتباه.

فمن أين إذن تأتي صعوبة التشخيص القاطع لاضطرابات التصرف أو الاضطرابات الانفعالية أو فرط النشاط لطفل في عمر الثالثة؟ لأن الأعراض تُعتَبر جزئياً مجرد إشارة للمشكلة، فكثير من أطفال الثالثة مثلاً نشيطون جداً ويجدون صعوبة في الالتزام بالمهام ولكن تظهر على معظمهم قدرة على الانتباه وضبط للسلوك عندما يحين الوقت لذهابهم إلى لمدرسة، وتستمر مشكلات قلة منهم فقط حتى تستحق الحصول على تشخيص فرط النشاط، وضعف الانتباه.

الطريقة:

تم اختيار عينة عشوائية شملت واحد من بين كل أربعة ممن يبلغون الثالثة من العمر من خارج لندن. طُبِقَ عليهم تصميم المرحلتين (راجع الفصل الثالث) وقد شملت هذا المقابلات المسحية الأولية اتباع تقييم أكثر تفصيلاً على الأطفال في سن الثالثة والرابعة والثامنة ممن ظهرت عليهم الأعراض ويقابلهم عينة مماثلة من الأطفال الذين لم تظهر عليهم الأعراض.

الموجودات الأساسية في سن الثالثة:

ظهرت المشكلات السلوكية المتوسطة والشديدة بين 7٪، بينما ظهرت المشكلات البسيطة بين 15٪ آخرين، مع زيادة طفيفة بين الذكور. عانى الذكور أكثر من الإناث من مشكلة فرط النشاط وكانت الإناث أكثر معاناة من الخوف. صاحب المشكلات النفسية وجود تأخر لغوي محدد أو ظروف أسرية أو اجتماعية سيئة، بما فيها النزاعات بين الزوجين، وانخفاض الدفء، وزيادة الانتقادات، واكتئاب الأمهات، وزيادة حجم الأسر، والسكن غير المناسب.

الموجودات الأساسية في سن الثامنة:

من بين الأطفال الذين كان لديهم مشكلات في الثالثة من العمر وُجِدَ أن 73٪ من الذكور و48٪ من الإناث لازالت لديهم مشكلات بعد مرور خمس سنوات، وكان كل من فرط النشاط وانخفاض الذكاء مؤشرين لاستمرار المشكلة لدى الذكور وليس لدى الإناث. كان فرط النشاط منذراً باضطراب التصرف، بينما كان الخوف منذراً بالاضطرابات الانفعالية. وكانت الظروف الأسرية السيئة أسباباً مهيأة لحدوث المشكلات أكثر من كونها أسباباً لاستمرارها، أي أنها كانت منذرة بظهور مشكلات جديدة ولكنها لم تكن منذرة باستمرارية أو توقف المشكلات الموجودة بالفعل.

نسب بعض المشكلات النوعية في الأعمار المختلفة

المشكلة	ثلاث سنوات	أربع سنوات	ثمان سنوات
المخاوف	10	12	2
فرط النشاط وسرعة الاستثارة	17	13	11
التوتر (أمور مثيرة للقلق)	4	10	21
صعوبة في التحكم	11	10	11
سلس البراز (مرة لأكثر في الأسبوع)	16	3	4
عادات مهدئة مختلفة	17	14	1
الاستيقاظ أثناء الليل (من مرة لأكثر من ثلاث مرات في الأسبوع)	14	12	3

الشكل رقم (21-1) : دراسة لمرحلة قبل المدرسة إلى سن المدرسة (Richman et al. 1982)

يَصعُب اكتشاف مؤشرات ضعف الانتباه/ فرط النشاط مبكراً في وجود خلفية عريضة مشوشة عندما يكون كل من فرط النشاط وضعف الانتباه خاضعين للضبط الذاتي لكثرة الحركة وضعف الانتباه. هناك حاجة ملحة للتوصل لأساليب تقييم يمكنها أن تتنبأ حول أي من مشكلات مرحلة ما قبل المدرسة، تُعتبر مؤشرات وبدايات لاضطرابات مزمنة، بحيث يتم التركيز مبكراً على هؤلاء الأطفال على أن تُقَدم المساعدة بشكل مستمر قبل تحول المشكلات إلى حالات مستعصية وصعبة، وعلى النقيض من ذلك نجد أن التدخل البسيط أو الطمأنينة ضروري للتخلص من مشكلات مرحلة ما قبل المدرسة التي يتم تجاوزها مع النمو.

النتائج الأساسية في مرحلة الرشد

(Outcome in adulthood):

تمت متابعة عينة دراسة «مرحلة من قبل المدرسة مرة أخرى فيما يمكن أن نطلق عليه دراسة مرحلة ما قبل المدرسة إلى المحكمة (Preschool to court) ذلك لأن القياس الوحيد الممكن كان التحقق من وجود أو عدم وجود سجل إجرامي لأفراد العينة. ولعل النتيجة الأهم هي عدم القدرة على التنبؤ بمن سيتحول إلى مجرم من بين الأطفال في سن الثالثة. ومع ذلك بعد وضع الجنس (Gender) كان لبعض المشكلات السلوكية قدرة متواضعة على التنبؤ بالسلوك الإجرامي للراشدين، مثلاً عندما يكون الطفل في الثالثة كثير الحركة وصعب الضبط، فإن هذا يتنبأ بسلوك الجنوح بشكل عام، بينما نوبات الغضب لدى طفل الثالثة تتنبأ بجرائم عنف في الرشد. وتفيد هذه النتائج في تقديم المساعدة الفعالة لآباء الأطفال في مرحلة ما قبل سن المدرسة الذين يتصفون بالعصيان والمعارضة (راجع الفصل السادس) وعدم التساهل مع هذه السلوكيات بالاعتقاد أنها سلوكيات طفولة سيتم تجاوزها بسهولة.

المعالجة (Treatment):

عندما يعاني أطفال مرحلة ما قبل المدرسة من الاضطرابات التي شملها الكتاب فإن المعالجة تتبع عادة خطوط المعالجة الموصوفة في كل فصل.

يُعتبر الاتصال مع السلطات التعليمية هام جداً خصوصاً مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات مزمنة مثل التوحد، ويجب أن يعرف المسؤولون عن التعليم مسبقاً على أي مشكلات انفعالية وسلوكية أو صعوبات في التعلم، والتي تتطلب مساعدة تعليمية خاصة. وقد يسمح الإنذار المبكر بوضع الطفل في مجموعة لعب أو حضانة مدرسية والتي ستساعد الطفل ووالديه أيضاً.

عندما يحدد التقييم التشخيص التفريقي للمشكلات في مجال أو أكثر بدلاً من وضع تشخيص محدد يجب وضع خطط العلاج لكل مشكلة على حدة. قد يشعر الوالدان في بعض الحالات بعدم الحاجة لأي مساعدة بعد طمأنتهم بأن ما يعانيه الطفل مشكلة شائعة، وأنها غالباً لفترة محدودة (مع توصيتهم بالعودة والاتصال في حال حدوث غير ما هو متوقع أو في حال استمرار المشكلة). وعندما تكون هناك حاجة للمعالجة تعتبر الأساليب السلوكية ذات قيمة وفعالية. فعلى سبيل المثال، إذا تم تعزيز تكرار الاستيقاظ أثناء الليل أو نوبات الغضب من خلال زيادة اهتمام الوالدين فمن الممكن أن يكون الحل خفض الانتباه الموجه لهذه المشكلات. ويجب تعديل البرنامج السلوكي بما يناسب سمات الطفل ووالديه، فعلى سبيل المثال إذا لم تكن أعصاب الوالدين في غاية البرودة فإنهما لن يستطيعا تجاهل تكرار استيقاظ الطفل وبكائه ونداءاته في منتصف الليل، فقد يناسبهم أسلوباً أكثر ليناً مثل تقليل الانتباه تدريجياً كل ليلة بدلاً من تجاهل السلوك تماماً وفجأة. ينبغي أن نتذكر أنه يفضل عدم البدء في البرامج السلوكية التي لا يستطيع الوالدان إتمامها لأنها تحبط الوالدين وتدرب الطفل على مقاومة أي محاولات تالية تهدف لضبط السلوك الذى يتم تشكيله.

الفصل الثاني والعشرون

الاضطرابات في مرحلة المراهقة

Disorders in Adolescence

حيث إن المراهقة مرحلة متوسطة بين الطفولة والرشد فليس مستغرباً أن تكون معظم الاضطرابات النفسية فيها إما امتداداً لاضطرابات الطفولة، أو صوراً مبكرة من اضطرابات الراشدين.

ولكن المراهقة ليست مجرد خليط من الطفولة والرشد فهي مرحلة لها خصائصها البيولوجية والاجتماعية المتميزة التي تصبغ السلوك السوي وغير السوي في سنوات المراهقة، وقبل بدء التركيز على السلوك غير السوي يجب الانتباه إلى تفرد العالم الذي يعيش فيه المراهقون بالإضافة إلى عمليات النضج النفسي والجسدي الملازمة لهذه المرحلة من العمر. قد تكون المشكلات السلوكية التي تزداد حدتها في هذه المرحلة مثل الانحراف، والإدمان (سوء استخدام المواد)، وتعمد إيذاء الذات، والقهم العصبي صوراً مبالغاً فيها من حالة ومشكلات المراهقة العادية.

تاريخ المراهقة (A potted history of adolescence):

رغم أن البلوغ عملية بيولوجية فالمراهقة كما نعرفها حالياً هي ظاهرة اجتماعية حديثة نسبياً. في الدول النامية يترك معظم الأطفال المدارس وتبدأ في العمل قبل أو أثناء البلوغ حيث يتماشى النضج الجسدي مع النضج الاجتماعي والاقتصادي. وكان هذا هو الحال في العالم المتقدم حتى عهد قريب حيث أدى اشتراك البلوغ المبكر (والذي يعكس جودة الصحة والتغذية)، وطول فترة التعليم إلى حدوث فجوة من النضج بين الطفولة والرشد، وخلال هذه الفترة الطويلة يكون للمراهقين أجساد الراشدين دون أدوارهم أو حقوقهم ودون الاستقلالية الاقتصادية.

وهذا بالطبع تبسيط مُبالغ فيه، ولكنه يلفت الانتباه للتفكير في المراهقة (وباقي مراحل الحياة) من خلال المحددات الثقافية والبيولوجية.

القوانين والحرية (Rules and autonomy):

ينتقل المراهقون في هذه المرحلة من قبول القوانين المفروضة من الآخرين إلى وضع القوانين الخاصة مستبدلين الضبط الخارجي بالضبط الداخلي (الذاتي). يواجه المراهقون مهمة صعبة أثناء محاولتهم ممارسة قدراتهم المتنامية ورغبتهم في إثبات ذاتهم ضمن الحدود المقبولة للوالدين والمجتمع ككل. ومن غير المثير للدهشة أن تُظهِر الدراسات المسحية أن السبب الأكثر شيوعاً للخلاف بين الوالدين والمراهقين في هذه الفترة يكون بسبب القوانين والاستقلالية.

وفي الطرف الآخر من المتصل يفرض المراهقون المتمردون رغباتهم الخاصة دون اهتمام جاد بقوانين المجتمع أو حاجات الآخرين، فمع تزامن غياب الضبط المفروض خارجياً مع عدم وجود ضبط ذاتي يصبح التعامل مع هؤلاء المراهقين صعباً على الوالدين والمختصين الاجتماعيين والأطباء النفسيين. وتتفاقم المشكلة عندما يعجز الوالدان عن التعامل مع هؤلاء الصغار المراهقين فيتركونهم لرعاية بيوت الأطفال، حيث يؤدي نقص المتابعة المستمرة في العديد من مثل هذه البيوت إلى ارتفاع معدلات الأنشطة المتمردة، وقد تشمل هذه الأفعال أنشطة جنسية مبكرة وبدون حماية، والإدمان، ومحاولة الانتحار، وتعاطي المخدرات، والسرقة، والهرب من المنزل لعدة أيام.

تداخل تأثير العوامل البيولوجية والاجتماعية (Biological and social influences interact):

تساهم العوامل البيولوجية في بلوغ السلوكيات الجنسية والعدوانية لدى الإنسان كما فى غيره من الحيوانات، ويؤدي تأخر البلوغ إلى تأخيرها. ومع هذا تعيد الثقافات المختلفة توجيه هذه المؤهلات البيولوجية بطرق مختلفة فتقوم بتعظيم دور بعضها وقمع البعض الآخر. وبعكس الفكرة الشائعة لا توجد أدلة على زيادة

مستويات الهرمونات لدى المنحرفين العدوانيين، ولا لدى مرتكبي الاعتداء الجنسي، وتبقى فاعلية استئصال الغدد التناسلية كيميائياً (الخصاء الكيميائي بصرف النظر عن الرغبة) في مثل هذه الحالات غير واضحة.

تبدو التباينات المرضية في النزعات الجنسية والعدوانية بعد البلوغ أكثر ارتباطاً بالعوامل الاجتماعية والنفسية منها بالعوامل البيولوجية، ويظهر التأثير المتداخل بين العوامل البيولوجية والاجتماعية في النمو أثناء المراهقة من خلال نتائج الدراسة السويدية حول تأثير البلوغ المبكر على الإناث. تم اختيار حوالي 10٪ من عينة عشوائية كبيرة ممثلة ممن بلغن قبل متوسط سن البلوغ بعامين باعتبارهن مراهقات، ووُجِد أن هؤلاء الفتيات كن أكثر استعداداً للتدخين والسرقة، وتعاطي الكحول، والقيام بالحيل، وعصيان الوالدين، وترك الدراسة (المدرسة) في أول فرصة سانحة بالمقارنة مع مثيلاتهن من البالغات في السن العادي. نشأت هذه الفروق بين الفتيات المبكرات في البلوغ عن مثيلاتهن من خلال مصاحبتهن لفتيات أكبر سناً ساخطات وضعيفات دراسياً. أدت الفروق البيولوجية (البلوغ المبكر) إلى فروق اجتماعية (اختيار جماعة الرفاق)، وكانت هذه الفروق الاجتماعية هي المؤثرة على التوافق، فالفتيات اللواتي بلغن في سن مبكر ولم يكن لهن صديقات أكبر منهن سناً، وبالتالي لم يكن أكثر عرضة للخروج عن القيم الاجتماعية.

النمو المعرفي (Cognitive development):

تتشابه القدرات المعرفية للمراهقين في عمر 14 أو 15 سنة من عدة نواحي مع قدرات الراشدين، مثل الأداء في اختبارات التفكير المجرد أو السببية أو وظائف الفص الجبهى الأمامي. وقد تنشأ خلافات كثيرة بسبب اعتقاد المراهقين أنهم نداً لوالديهم أو مدرسيهم من هذه النواحي، بينما يختلفون كثيراً من حيث الخبرة والقوة، قد يستخف الراشدون بقدرة المراهقين على التفكير العميق، بينما يستخف المراهقون بقيمة الخبرة.

وكما يختلف الأفراد في العمر الذي يصلون فيه إلى طولهم النهائي كراشدين

يختلفون كذلك في العمر الذي يصلون فيه إلى الحد النهائي لقدراتهم المعرفية وما لهذه الظروف من أثر هام على التوافق النفسي الاجتماعي. تشير بعض الدراسات حول انحراف الأحداث إلى تأخر نمو الضمير والإيثار لدى المنحرفين عن رفاقهم رغم ما ظهر من صعوبة قياس هذه الجوانب.

الهوية (Idenfity):

يقدم مجتمعنا مبدئياً للصغار نوعية محيرة من أدوار الراشدين «يمكنك أن تصبح ما تشاء اذا اجتهدت لتحقيقه»، بينما نجد في الواقع أن خيارات معظم المراهقين محدودة وغير مشرقة، ويزيد هذا التوتر من صعوبات المراهقة عندما يسعى الشخص الصغير من أجل الحصول على هوية تصل بين الطموح الداخلي والواقع الخارجي، وقد يعيق أحياناً تشوش الهوية الشديد أداء الصغير.

يقدم تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) رمزاً لمشكلة الهوية (Identify Problem) ضمن عناوين حالات أخرى قد تكون موضع اهتمام وتركيز الإكلينيكيين، بينما لا يقدم التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) معياراً مماثلاً.

هناك مخاطر مختلفة حول قبول أو رفض الهويات التي يقدمها عالم الراشدين. قبول هوية غير متألقة بعيدة عن الطموحات السابقة قد تؤدي لانخفاض تقدير الذات وتهيء للإصابة بالاكتئاب. ومن جهة أخرى يبدو أن بعض الصغار يحددون هوياتهم من خلال رفض سلطة الراشدين؛ مما يهيء للانحراف والإدمان، والهوية التي تقوم على أساس رفض قيم، يبدو أحياناً أنها تعكس تجمع أثر انتقادات الوالدين، والفشل في المدرسة، وما يترتب عليه من توحد مع مجموعة رفاق منحرفة، وقد لا تكون الهوية الجنسية واضحة تماماً للصغار، وتشير الدراسات المسحية إلى أن حوالي 3٪ يعانون من الشذوذ (مثليون: يميلون لنفس الجنس) (Homosexual) بدون أسباب واضحة، وهناك نسبة تماثلها تقريباً ممن يمارسون الإزدواجية الجنسية (الميل للجنسين) (Bisexuality)، وقد تكون بمثابة فترة عابرة عند الغالبية.

حل المشكلات وتجاوز التوتر
(Solving problems and weathering stress):

هناك كروب (ضغوط) خاصة بالطفولة وقد تجلب مرحلة الانتقال من الطفولة للرشد المزيد منها بسبب الامتحانات، أو الفشل في العلاقات العاطفية (القلوب المحطمة)، أو البطالة، أو الجدال الشديد مع الوالدين. سيجد غالباً الأطفال الذين لم يتعلموا طرقاً ملائمة في التعامل مع الآخرين والأزمات ربما بسبب افتقار والديهم لمثل هذه المهارات صعوبة في التعامل مع الضغوط الجديدة للمراهقة، وقد تعكس محاولات التعامل مع الكروب أو الهرب منها سلوكيات مثل العنف، والإدمان، وإيذاء الذات بسبب عدم إيجاد طرقاً أكثر ملائمة (توافقاً) في التعامل معها.

وبائيات الاضطرابات النفسية عند المراهقين
(Epidemiology of adolescent psychiatric disorders):

تبقى الدراسة التي أُجريت في جزيرة ويت (Isle of Wight) لعمر 14- 15 بمثابة المسح التقليدي للاضطرابات النفسية بين المراهقين (راجع الشكل 22-1).

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة ثباتاً عبر الأيام رغم وجود جدال حول ما إذا كانت نسبة الاكتئاب بين المراهقين أكثر شيوعاً من 2٪ كما تشير دراسة جزيرة ويت أن هناك أدلة حديثة تقترح انتشار نوبات الاكتئاب الرئيسية لدى المراهقين تتراوح من 1٪ إلى 5٪ (راجع الفصل العاشر).

وهناك أدلة متزايدة على وجود نموذجين من مشكلات التصرف في المراهقة، حيث قد تمثل المراهقة نقطة حرجة لأفراد عانوا من اضطراب سلوكي قبل وخلال وبعد المراهقة، بالإضافة إلى عدد أكبر من الأفراد الذين كانوا متوافقين في السابق بطريقة جيدة، ولكنهم مروا بمرحلة مؤقتة من كسر القوانين والسلوكيات المضادة للمجتمع خلال مرحلة المراهقة.

إن اضطرابات التصرف والاضطرابات الانفعالية هي أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في مرحلة المراهقة كما هو الحال في مرحلة منتصف الطفولة. وهو ما تشرحه الفصول السابقة. كما توجد أيضاً مشكلتان تزداد حدتهما في مرحلة المراهقة، وهما انحراف الأحداث، وتعمد ايذاء الذات. ويخصص الجزء المتبقي من الفصل لمناقشة أربعة مواضيع هامة لا يناقشهم الكتاب في أجزاء أخرى، وهي شائعة أكثر في المراهقة منها في الطفولة وهي:

- الإدمان (Substance abuse).
- الفصام (Schizophrenia).
- القهم العصابي (Anorexia nervosa).
- النهام العصابي (Bulimia nervosa).

الطريقة:

تمت دراسة عينة من 2303 مراهق والذين يسكنون جزيرة ويت باستخدام (تصميم المرحلتين). وتم تقييم جميع المشاركين باستبيان المسح السلوكي الذي قام الآباء والمدرسون باستيفائه، وتم إجراء تقييم نفسي كامل لجميع الأفراد الذين ظهر لديهم مشكلات نفسية كما تم إجراء تقييم نفسي أيضاً لعينة عشوائية من الأفراد الذين لم تظهر عليهم علامات الاضطراب. كان أفراد العينة معظمهم من أعضاء عينة الدراسة الأولية التي أجريت منذ أربع سنوات سابقة وكان البعض جدداً لم تشملهم الدراسة السابقة.

الموجودات الأساسية:

(1) بناءً على المعلومات التي تم جمعها من الآباء والمدرسين تبين وجود اضطرابات نفسية لدى حوالي 10٪ من العينة، أي بزيادة بسيطة عن معدل الاضطرابات في الطفولة المتوسطة، بالإضافة إلى أن 10٪ آخرين من المراهقين أظهروا شعور

داخلي واضح بالحزن والبؤس وعدم القيمة والتي لم تكن تعكسها تغيرات خارجية واضحة. فهل كان هذا اكتئاب خفي؟ للإجابة على هذا التساؤل لا توجد وسيلة سوى متابعة طويلة المدى لبيان ما إذا كان البؤس والحزن الخفي في المراهقة بوادر لحدوث اكتئاب في الراشدين.

(2) كانت الاضطرابات الانفعالية واضطراب التصرف هي الأكثر شيوعاً، بينما كانت الاضطرابات الاكتئابية أكثر انتشاراً منها في عمر العاشرة فبلغت 2٪ بدلاً من 0.2٪ (أشارت التقارير الذاتية إلى ارتفاع الشعور بالحزن الشديدالذي بلغ 48٪ بين الإناث و 42٪ بين الذكور) كما كان رفض الذهاب إلى المدرسة أكثر شيوعاً في الرابعة عشر منه في العاشرة، إذ ظهر كجزء من اضطراب أوسع مثل القلق والاضطرابات الانفعالية.

(3) أقل من النصف بقليل من المراهقين في الرابعة عشر، والذين ظهرت عليهم الاضطرابات كانوا كذلك عندما تم تقييمهم لأول مرة في عمر العاشرة. وتختلف الاضطرابات التي تظهر للمرة الأولى بعد سن العاشرة عن تلك التي تحدث مبكراً بثلاث طرق أساسية: لم تكن مصاحبة لصعوبات التعلم، كانت هناك زيادة طفيفة بين الذكور، وتراجع وجود العوامل الأسرية السلبية.

(4) قلة فقط من المراهقين كانوا معزولين عن الوالدين، (وتم تحديد هذا من خلال المشاجرات أو الانسحاب المادي والانفعالي أوالنبذ). وكان الانعزال شائعاً بصفة خاصة عند معاناة الصغير من اضطراب نفسي (خصوصاً إذا كان مزمناً). ورغم أن الانعزال الذي يعود للطفولة المبكرة أو المتوسطة كان مرتبطاً بالاضطرابات النفسية التي تبدأ بعد سن العاشرة فإن الانعزال الذي يبدأ في المراهقة لم يكن سبباً شائعاً للاضطرابات النفسية.

الشكل رقم (22-1): دراسة المتابعة التي أجريت في جزيرة ويت (Rutter et al.;1976)

الاضطرابات النوعية (Specific disorders):

استعمال وسوء استعمال المواد والعقاقير:

في مجتمع يسمح للكبار باستعمال مواد مختارة بغرض المتعة أو التخلص من الكرب والتوتر، فليس من المستغرب أن يجرب معظم الصغار هذه المؤثرات النفسية والتي تصل إلى أنهم يستهلكونها بطريقة منتظمة، وغالباً ما تؤدي إلى مشكلات كبرى في الصحة العامة. إن معدل التجريب والاستعمال المنتظم يختلف باختلاف العمر والجنس والدولة والزمن، ولكنه من الممكن أن ننقل صورة عن انتشار نماذج الاستعمال المختلفة وهذا بالاستناد إلى مسح بريطاني أجرى في منتصف التسعينيات من القرن الماضي على المراهقين في سن 15، 16 سنة. فقد وُجد أن أكثر من ثلاثة أرباع العينة شربوا حتى الثمالة على الأقل مرة واحدة في سنوات حياتهم، وكما وجد حوالي النصف تناولوا خمس كؤوس أو أكثر في نفس المناسبة، والثلث كانوا من المدخنين. حوالي النصف جرب المخدرات لمرة واحدة على الأقل، وحوالي 40٪ استعملوا الحشيش (Cannabis)، 20٪ استنشقوا المواد الطيارة (الصمغ أو المذيبات)، الأمفيتامين (Amphiatamin)، المهدئات والمنشطات المانحة للبهجة (Ecstasy)، كل منهم استُعمل ما يقرب من 5 إلى 15٪ من العينة. بالرغم من أن معظم حالات تجريب المخدرات لم تؤد إلى الاستعمال المنتظم، فإنه من الجدير بالذكر أن معظم صغار السن تقريباً من مسيء استعمال الأدوية بدأوا للمرة الأولى في المدرسة مع الأخذ في الاعتبار بأنه كلما بدأ الاستعمال مبكراً كان الاستمرار ولمدة أطول.

لا يوجد تفسير واحد أو بسيط لاستعمال المواد أو سوء استعمالها، فالعوامل المختلفة مثل توفر المادة، والقابلية للإدمان، والتأهيل التكويني، وفئة الشباب، والإعلانات، التمثل بدور الكبار لها دورها بالإضافة إلى ذلك حالة التكيف النفسي

الاجتماعي السابق عند بدء سوء الاستعمال هي أيضاً عامل آخر مهم من بين عديد من العوامل الأخرى. والأطفال الذين يعانون من سوء التصرف هم الأكثر قابلية ـ مقارنة بالأطفال الآخرين ـ للانغماس في سوء استعمال العقاقير في فترتي المراهقة والرشد. ويزداد الخطر إذا اجتمع سوء السلوك مع فرط النشاط. وقد تبرهن على أنه من الصعب أن نحدد إلى أي مدى تنتج المشكلات النفسية والاجتماعية عن سوء استعمال العقاقير نفسها وأيضاً إلى أي مدى تعتبر ببساطة استمرار لصعوبة التأقلم والتكيف عبر السنين التي سبقت البدء في سوء استعمال العقاقير.

إن إدمان استنشاق المذيبات العضوية [التي تسمى المواد الطيارة [(Volatile Substance Abuse) (VSA)] أو شم الصمغ] هو نوع من سوء استعمال المواد التي ترتبط بصفة خاصة بالشباب الواقعين تحت ضغط الظروف الاجتماعية السيئة. في المملكة المتحدة تبلغ الذروة في بداية العقد الثاني من العمر تقريباً 1٪ من البريطانيين في سن 15-11سنة يستنشقون المذيبات بانتظام مع معدل انتشار أعلى بوضوح عند الأطفال ذوي الخلفيات الاجتماعية المحرومة. وكل الأماكن الأخرى من العالم نجد أن سوء استعمال المذيبات العضوية شديد الانتشار عند مجموعات الأطفال المحرومة. (على سبيل المثال بين الملايين من أطفال الشوارع في البرازيل). بالنسبة للمستنشق تعتبر المادة العضوية المذيبة جذابة لأنها رخيصة ومتوفرة وتوصله إلى ارتفاع في الحالة المزاجية، وتساعده على الهرب من الكروب غير المحتملة وتأثيرها إلى حد ما شابه الكحول ولكنها لا تستمر طويلاً.

أما الآثار الجانبية الشائعة فهي الشعور بالغثيان، والقيء، والصداع، والطنين، وآلام البطن، وقد يؤدي الاستنشاق من كيس إلى حدوث طفح جلدي واحمرار حول الفم أو الأنف. تشمل الآثار الجانبية الأكثر ندرة تضرر الكبد والكلى، وصعوبات في التنفس، واعتلال دماغي وقد تحدث الوفاة نتيجة توقف القلب أو

استنشاق القيء أو تشنج الحنجرة (خصوصاً عند رش سائل خفيف أو مزيل لرائحة العرق بطريقة مباشرة في مؤخرة تجويف الفم). ويتسبب استعمال المواد الطيارة في وفاة حوالي 65 حالة سنوياً في بريطانيا بين من هم أصغر من 18 عام، وهي نسبة تعادل حوالي 2٪ من وفيات المراهقين الأكبر سناً. وتحدث ثلث هذه الوفيات بين الأطفال الذين يتعاطون المذيبات والمواد الطيارة للمرة الأولى، ورغم أن الإناث يجربن مثل الذكور فإن الوفيات تصل بين الذكور إلى 80٪، وقد يعكس هذا الفرق بين الجنسين ارتفاع نسبة الاستخدام في الذكور أو الاختلاف في اختيار نوعية المواد المستنشقة.

وقد تم إجراء عدة تجارب عشوائية مضبوطة لبرامج وقائية تعليمية للمراهقين في أمريكا شملت في معظمها حوالي 30٪ فقط من العينة المعرضة للخطر، وكانت متواضعة النتائج، ويعتبر القيام بمثل هذه التجارب مهمة أساسية للصحة العامة. هناك القليل من أنظمة المعالجة التجريبية للمراهقين الذين تم تشخيص حالاتهم مقارنة بالبرامج المعدة للراشدين.

الفصام (Schizophrenia):

أهم ما يجب معرفته عن الفصام في الطفولة والمراهقة هو التشابه الشديد بينه وبين الفصام في مرحلة الرشد غير أنه أكثر ندرة. وقد أثبتت دراسة اسكوتلندية حديثة أن حوالي واحد في الألف ممن تتراوح أعمارهم بين (12-17) عام أصيبوا باضطرابات ذهانية، وكان متوسط عمر البداية عند 16 عاماً، وقد عانى نصفهم تقريباً من الفصام بينما عانت البقية الباقية من اضطرابات انفعالية واضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات أو من الاضطرابات الذهانية الأخرى. ورغم أن الفصام قد يصيب أطفالاً في عمر السابعة فإن ظهوره قبل البلوغ يعتبر

نادراً جداً، وفي ضوء الأدلة المتزايدة التي تشير أن الفصام هو اضطراب في التطور العصبي فلماذا يندر حدوث الفصام قبل البلوغ؟ قد يكون أحد التفسيرات هو أن النمو غير الطبيعي لمخ الطفل يحدث مبكراً بدون أعراض حتى تكشف عمليات التطور الطبيعية عن وجوده أثناء تكون الميالين (Myelination)، أو مثلاً عند حدوث عمليات التخلص من التشابكات العصبية المتزايدة التي تستمر أثناء البلوغ وحتى بعده. كما قد ينجم عن التطورالعصبي غير الطبيعي في الفصام إزالة مفرطة للتشابكات العصبية؛ مما يؤدي لظهور الفصام أثناء المراهقة، وقد يكون أكثر وضوحاً في الفص قبل الجبهي والصدغي، مما يؤدي إلى اضطراب التوصيل العصبي وحدوث الأعراض الذهانية.

وقد تكون العوامل الجينية أكثر أهمية في تفسير البداية المبكرة للفصام أكثر منها في تفسير ظهوره في مرحلة الرشد. ورغم أن الذكور عموماً أكثر عرضة للإصابة المبكرة بالفصام، فإن معدل الانتشار بين الجنسين يكون بالعكس ضمن الفئة العمرية (11-14) عام ربما لأن الفتيات يكن قد تجاوزن مرحلة البلوغ في هذا السن. وغالباً ما يسبق الفصام الذي يحدث في الطفولة والمراهقة مظاهر غير طبيعية في التطور والتوافق الاجتماعي. ويشمل التطور العصبي غير السوي تأخر الكلام واللغة، وإشاعة الفوضى، وضعف الانتباه، وانخفاض مستوى الذكاء (يبلغ المتوسط 85).

ويسبق الظهور الصريح للذهان سنوات من ضعف التوافق الاجتماعي، كما يحدث اضطراب في الإدراك والتفكير أحياناً، والتي هي أشكال بسيطة من الهلاوس والأوهام (Delusions and Hallucinations)، ورغم ضوح هذه الصورة فإنها ليست مميزة بدرجة تسمح بتقديم تشخيص أكيد مبكر للفصام الوشيك الحدوث.

وتتشابه الأعراض الفصامية في كل الأعمار تقريباً، وقد يعاني صغار

الأطفال من هلاوس وأوهام من الدرجة الأولى، بالإضافة إلى أعراض سلبية مثل التبلد العاطفي والانسحاب الاجتماعي واللامبالاة. وتكون الأوهام عند الأطفال أقل تعقيداً، مما هي عليه لدى الراشدين ومن المستبعد أن تدور حول موضوعات جنسية أو غيرها مما يخص الراشدين، كما تقل الظواهر السلبية وفقر الأفكار عما هو عليه لدى الراشدين.

ونظراً لقلة تأثير العمر على الأعراض يمكن استخدام المعايير التقليدية في التشخيص مثل التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)، ودليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV)؛ وذلك لتشخيص الفصام في جميع الأعمار.

وينطبق هذا بصورة جيدة على معظم الحالات، إلا أن بعض الدراسات قد أظهرت أن نوبات الهلاوس في المراهقة غالباً ما تشمل أعراضاً فصامية من الدرجة الأولى، مما يؤدي إلى الخطأ في تشخيص الفصام. ويكون تشخيص الصغار والأطفال المتأخرين أكثر صعوبة خصوصاً إذا كانت بداية الأعراض غير واضحة وغامضة. يصعب تمييز الهلاوس والأوهام عن الصور المبالغ فيها من المخاوف والخيالات الطبيعية التي تحدث في هذه الفئة العمرية خصوصاً في حالة وجود اضطراب لغوي. وهكذا فإن التمييز بين التوحد والفصام (راجع الشكل رقم 22-2) ليس صعباً، ولكنه موضوع جيد للامتحانات.

عندما يبدأ الفصام في مرحلة مبكرة من الحياة فإن بدايته عادة ما تكون تدريجية وليست حادة، وتشمل النوبات الذهانية استمرار الهلاوس والأوهام واضطراب التفكير لفترة تتراوح بين شهر إلى ستة أشهر. وتساعد الأدوية العصبية عادة في خفض حدة الأعراض، ولكنها لا تقلل بالضرورة من مدة حدوث النوبة. ويختار العديد من الأطباء النفسيين أدوية لانمطية مضادة للذهان مثل أولانزابين

(Olanzapine)، أو ريسبيريدون (Risperidone) كخط أولي لمعالجة المراهقين بدلاً من الأدوية التقليدية النمطية مثل هالُوبِيرِيدُول (Haloperidol)، أو كلُوربرُومازين (Chlorpromazine).

ورغم أن الأدوية اللانمطية أغلى ثمناً فهي قد تكون أكثر ملائمة لمعالجة بعض الملامح الشائعة للبداية المبكرة للفصام وتقل معها الأعراض السلبية البارزة، والحساسية للأعراض الجانبية، والمقاومة لمضادات الذهان التقليدية. ويقتصر استخدام كلُوزابين (Clozapin) في حالات الفصام المقاوم للمعالجة. ويحدث عادة اختفاء الأعراض المرضية، ثم يتبعها عادة مع العلاج فترة تحسن لعدة شهور تبرأ فيها الأعراض السلبية كلياً أو جزئياً. وكما هو حال الفصام لدى الراشدين فإن نسبة قليلة فقط من الأطفال تُشفى تماماً ولا تعاني من نوبات أخرى.

وقد تفيد محاولات الأسرة لخفض نسبة الانتكاس، وذلك بتفادي التعرض للانفعالات السلبية في أو الاستمرار في تعاطي الدواء. وقد يحتاج المصابون إلى خدمات تعليمية خاصة، وتدريب على المهارات الاجتماعية والانتقال إلى تلقي الخدمات النفسية المقدمة للراشدين. ويكون الشفاء بعد النوبة الثانية تحديداً وما يليها من نوبات غير كامل كما قد يتدهور الأداء الاجتماعي تدريجياً.

يرافق عادة الفصام ذو البداية المبكرة للمرض مآل مرضي أسوأ من الفصام في مرحلة الرشد، وينبئ الخلل الاجتماعي والمعرفي وطول مدة النوبة الذهانية الأولى، ووجود أعراض سلبية عند البداية، وتأخر العلاج بسوء العواقب على المدى الطويل.

موضوع المقارنة	التوحد	الفصام
الملامح المميزة	خلل اجتماعي شديد (الانعزال أو عدم التعاطف).مشكلات تواصل حادة. شعائر وسلوكيات مكررة.	هلاوس، وأوهام، اضطراب في التفكير، أعراض سلبية
البداية	قبل ثلاث سنوات وعادة منذ الولادة	بعد السبع سنوات، وغالباً بعد البلوغ، نمو غير طبيعي سابق (أبسط وأقل تحديداً من التوحد)
التاريخ الأسري	2٪ من الأشقاء توحديون، وأكثر من 10٪ لديهم أعراضاً توحدية بسيطة	غالباً ما يكون هناك حالات سابقة في الأسرة من الفصام
صعوبات التعلم المعممة	شائعة الحدوث	نادرة الحدوث
دورة المرض	يتخلله حدوث نوبات، مزمن، يتحسن غالباً بطريقة ما مع النضج	يتخلله حدوث نوبات، وغالباً يصحبه تدهور متدرج في التوافق الاجتماعي
فائدة مضادات الذهان	نادراً ما تكون مفيدة	عادة ما تكون مفيدة
أثره على شدة القصور الاجتماعي على المدى البعيد	عادة ما يؤدي لقصور اجتماعي شديد	عادة ما يؤدي لقصور اجتماعي شديد
الحاجة لرعاية المجتمع وخدمات المختصين	عادة ما تكون هناك حاجة لمثل هذه الخدمات	عادة ما تكون هناك حاجة لمثل هذه الخدمات

الشكل رقم (22-2): مقارنة بين التوحد والفصام

القهم العصابي (Anorexia nervosa):

تقع النقطة الحرجة لبدء القهم العصابي في منتصف العقد الثاني من العمر وتبلغ نسبته بين الإناث إلى الذكور 1:10 وهو نادر قبل البلوغ. يصل انتشاره بين الإناث المراهقات من 0.1٪ إلى 0.7٪ ويظهر الشكل رقم (22-3) معايير التشخيص

الإحصائي الرابع (DSM-IV) حيث يمكن تقسيم القهم العصابى إلى نمطين فرعيين: نمط تحديد الأكل (Restricting type)، حيث يشمل فقدان الوزن بالإنقطاع عن الطعام والجوع، ولكنه لا يشمل الإسراف في الأكل (Binge) ثم يعمد التخلص منه بالمسهلات (Purging)، والنمط الثاني هو الإسراف في الأكل والتخلص منه بالمسهلات (Binge eating/ Purging type)، حيث يشمل فقدان الوزن بالإفراط بتناول الطعام ثم التخلص منه بتنظيف الأمعاء من خلال المسهلات، وما زال هناك جدل حول مدى انفصال هذين النمطين. ومن الشائع أن يرافق هذا الاضطراب ملامح اكتئابية ووسواسية إلى الحد الذي يتطلب فيه إضافة تشخيص آخر في بعض الأحيان.

وقد أظهرت دراسات التوائم نتائج متعارضة حول دور الجينات المهيء. فيصيب القهم التوائم بالصدفة، وتفسير ذلك غير واضح على الإطلاق وهل يُعزى إلى الجينات المشتركة أو البيئة المشتركة.

وتشير الدراسات الوبائية إلى أهمية دور البيئة فالصورة النمطية الغربية لجمال الأنثى يشمل درجة من النحافة تجبر معظم المراهقات على اتباع أنظمة غذائية. وتزيد المسؤولية من حدة مشكلات الأكل في بعض المهن مثل عرض الأزياء ورقص الباليه، والذي يركز أساساً على إبراز النحول. ورغم أن معظم الأنظمة الغذائية للمراهقات حميدة في فحواها إلا أن زيادة الضغط الاجتماعي واتباع الأنظمة الغذائية المحققة له لتحقيق النحول من المحتمل أن تؤدي إلى اضطرابات في تناول الطعام.

ويظهر القهم العصابي أساساً في الدول الغنية، كما يظهر في الطبقات الغنية والمرتفعة اجتماعياً الموجودة في البلاد المتوسطة والضعيفة اقتصادياً (أي الأكثر تأثراً بالغرب).

لا يوجد تاريخ أسري في حالات القهم العصابي، لكنه يرتبط بزيادة معدل حدوث مشكلات متنوعة في التواصل والتفاعل الأسري، ومع زيادة حدوث مشكلات الوزن في العائلة، والمرض الجسدي، والاكتئاب وتعاطي الكحول بين الأقارب.

والعامل المهيء لخبرات مرحلة الطفولة بما فيها الإساءة الجنسية غير واضح، ولكن يبدو أن القهم العصابي قد نجم عن أحداث حياتية سيئة رغم عدم وضوح طبيعة وملامح هذه الأحداث. وقد يساهم زيادة الوزن وتغير شكل الجسد أثناء البلوغ في بدء حدوث الاضطراب، خصوصاً عندما يكون الشخص مرتبكاً بسبب الانتقال من الطفولة إلى النضج الجنسي واستقلالية الراشدين.

1 ـ *انخفاض الوزن:* أقل من 85٪ من الوزن المتوقع للعمر والطول (بسبب فقدان الوزن، أو بسبب عدم اكتساب الوزن المتوقع).
2 ـ *الأسباب:* تعمد تحديد الغذاء ويصاحبه أحياناً المبالغة في ممارسة الرياضة، وقمع الشهية، أو التخلص من الطعام (مثل تعمد التقيؤ أو استخدام الملينات).
3 ـ *التفكير المصاحب:* خوف شديد من البدانة، والشعور بالبدانة بالرغم من انخفاض الوزن (أو الشعور بأن الوزن مثالي ومناسب عندما يكون منخفضاً لدرجة كبيرة).
4 ـ *توابع التأثير على الغدد الصماء:* انحباس الطمث لدى النساء قبل فترة انقطاعه إلا إذا كن يتناولن أقراص الهرمونات لتنظيم الحمل. فقدان الرغبة والقدرة الجنسية بين الذكور. تأخر أو توقف البلوغ في الحالات التي يبدأ فيها الاضطراب مبكراً.

الشكل رقم (22-3): معايير تشخيص القهم العصابي

ورغم أنه من الطبيعي افتراض أن المعرفة عن القهم العصابي تحرك السلوك نحوه، فالعكس قد يكون صحيحاً، فعلى سبيل المثال قد يؤدي الانشغال الشديد بالوزن إلى المبالغة في اتباع نظام غذائي. وفي بعض الحالات يكون سلوك الانقطاع عن الطعام والجوع موجوداً بصورة منفردة، حيث يؤدي الإمساك وتأخر تفريغ الأمعاء المصاحب للتجويع لشعور الفرد المصاب بالامتلاء رغم قلة كمية الطعام التي يتناولها. كما قد يكون للتجويع معززاته الخاصة ربما من خلال إفراز الأندورفين (Endorphin)، أو زيادة الانتباه، وفي مثل هذه الحالات تصبح المداومة على سلوك التجويع ذاتية ويحاول المصابون بالتالي إيجاد مبررات لإدمانهم على التجويع وتقديم تفسيرات غير منسقة مثل الشعور بالبدانة، ومن هذا المنظور فلو كان فقدان

الوزن قد بدأ كاستجابة لتوتر أو لنظام غذائي مقبول ثقافياً، فإن العملية نفسها سرعان ما تصبح دائرة يصعب الهروب منها.

ويمكن معالجة الأطفال والمراهقين المصابين في العيادة الخارجية على يد معالج مختص بحيث يكون الهدف الأساسي الأول هو اكتساب الوزن تدريجياً وبثبات، ويكون الوزن المستهدف ضمن 10٪ من المتوقع. ويتم تحقيق هذا من خلال تناول وجبات بسيطة بتكرار أعلى (من أربع إلى ست وجبات يومياً)، ويسهل اكتساب الوزن بمساندة العلاج الأسري، والأساليب السلوكية والعلاج الفردي. وتهدف الجلسات الأسرية إلى إعادة التنظيم الأسري من خلال جعل الوالدين مسؤولين عن إطعام المراهق إلى أن يتم إعادة بناء التحكم بالوزن الطبيعي، مما يسهل التعافي.

وتشير نتائج التجارب بأن اشتراك الوالدين والأطفال في البرنامج العلاجي أكثر أهمية من التفاصيل حول أولوية رؤية الطفل والأسرة معاً أو بشكل منفصل. وهناك مميزات كثيرة لإشراك الأسر المتشابهة المعاناة في برنامج جماعي. لتبادل الخبرات، ويمكن استخدام الأساليب السلوكية بإسداء مكافأة مقابل الامتثال لنظام الغذاء والنجاح في اكتساب الوزن.

ويمكن للعلاج الفردي أن يقدم خليطاً من الدعم وإعادة التثقيف المعرفي، والتوعية بأهمية وجود نظام غذائي، مع التبصير وحل المشكلات الداخلية.

ولا يوجد دور واضح لمضادات الذهان، أو فاتحات الشهية، ولكن مضادات الاكتئاب لها تأثير إيجابي على اكتساب الوزن بالإضافة لمعالجة الاكتئاب المصاحب.

تشير المتابعات الإكلينيكية للحالات الشديدة أن حوالي 50٪ يتعافون و30٪ يتحسنون جزئياً، و20٪ يتحولون إلى حالات مزمنة، ويظهر على حوالي خمسهم اضطرابات انفعالية وأقل من نصفهم ينجحون في بناء علاقات حميمة ناجحة. وينتحر منهم حوالي 2٪ أو يموتون بسبب الانقطاع عن الطعام والجوع الشديد، وقد تتطور بعض الحالات من قهم تحديد الطعام إلى قهم الإسراف في تناول الطعام والتخلص منه ومن ثم إلى النهم العصابي أيضاً.

تشتمل العوامل المشيرة إلى التنبؤ بالنتائج السيئة على: الفقدان الشديد للوزن، التقيؤ، الإسراف في الأكل، الحالات الشديدة المزمنة، والحالات غير الطبيعية قبل المرض. وتشمل مؤشرات النتائج الجيدة للبداية المبكرة، العلاقة الجيدة بين الوالد والطفل، والتدخل السريع.

النهام العصبي (Bulimia nervosa):

ويشمل النهام العصابي نوبات لا يمكن السيطرة عليها من الإفراط في تناول الطعام حيث يستهلك كميات كبيرة من الطعام في وقت قصير. لا يجب تشخيص الاضطراب بناءً على الإسراف الذي يظهر على وجه الخصوص أثناء المناسبات، بينما يتم التشخيص حينما تنطبق على الفرد معايير القهم العصابي. يحدث الإسراف في الأكل تلبية لشهوة ملحة أو انشغال شديد بالطعام. ويواجه الفرد البدانة الناتجة عن الإسراف بوسائل مثل تعمد التقيؤ واستخدام المسهلات وفترات من التجويع أو غيرها من الوسائل، وغالباً ما يكون الوزن قريباً من المعدل الطبيعي ولكن مع زيادة الاهتمام بالوزن. يتأخر ظهور النهام العصابي قليلاً عن عمر القهم العصابي ولكن هنا أيضاً تزداد نسبة الإصابة بين الإناث، وتشير الدراسات المسحية بأن النهام العصابي قد يكون أكثر انتشاراً من القهم العصابي عموماً رغم قلة ظهوره بين العينات الإكلينيكية.

وقد يعكس النهام العصابي التعرض لمجموعة من عوامل الخطورة للأمراض النفسية عموماً (مثل اهمال الوالدين، أو الإساءة الجنسية) أوعوامل الخطر المتعلقة بالنظام الغذائي تحديداً (مثل زيادة الوزن قبل المرض).

يمكن معالجة معظم الحالات في العيادات الخارجية من خلال العلاج المعرفي والسلوكي، وهو غالباً الخيار المفضل للعلاج، رغم وجود بعض الأدلة على فاعلية بعض مثبطات استرداد السيروتونين.

يتم شفاء حوالي 50٪ من الحالات على المدى البعيد، ويتحسن 25٪، ويعاني 25٪ من حالات مزمنة تتميز عادة بفترة من الهدوء والانتكاس. قد يحتاج الاكتئاب المرافق أو الناتج عنها والشائع الحدوث إلى معالجة مستقلة.

الفصل الثالث والعشرون

إساءة معاملة الأطفال

Maltreatment of Children

بدأ الاهتمام الكبير بظاهرة الإساءة للأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية في الستينيات من القرن الماضي، ومنذ ذلك الحين أُزيح اللثام عن هذه الظاهرة في كل أنحاء العالم حيث أُجريت البحوث والاستقصاءات المنظمة. وتشمل معظم التعريفات عنصرين هما:

* براهين حول طبيعة السلوك نحو الطفل والذي من شأنه أن يكون مدمراً له.

* براهين على تضرر الطفل من جراء هذا السلوك.

لاحظ أن النية ليست جزءاً من التعريف فبعض الوالدين قد يشعرون بحب عميق نحو أطفالهم، ومع ذلك يلحقون بهم الضرر ولو بشكل غير متعمد. يسهل في بعض الأحيان ملاحظة الإساءة فعلى سبيل المثال فتاة بأرداف مقشورة يعترف والدها أنه غطسها في ماء مغلي ليعلمها درساً، ولكن يصعب في بعض الأحيان ملاحظة أو اكتشاف الإساءة، فعلى سبيل المثال الطفل المهمل الذي تظهر عليه علامات اضطراب التصرف ووالداه منخفضا الذكاء، ما مدى الضرر الذي كان بالإمكان تفاديه في هذه الحالة؟ أو كان من الممكن تجنبه لو أُحسنت رعاية هذا الطفل. لا توجد معلومات محايدة حول مقدار الإهمال الذي قد ينتج أضراراً محددة والتي يمكن قياسها بموضوعية.

تُعد حالات الإهمال والإساءة هي من بين الحالات الأكثر إثارة للإزعاج والحزن في طب نفس الأطفال، إنها تثير الذعر أحياناً والرغبة في إنقاذ الطفل فوراً، لذا يجب الانتباه دائماً إلى ضرورة التأكد من وجود الأدلة حول الحدوث الفعلي

للإساءة، وتكوين فريق متعاطف من أجل تقديم الدعم النفسي ومنع التورط الزائد مع الحالات أو النفور والابتعاد عن الحالة وعدم متابعة ما يحدث لها.

تشمل سوء المعاملة الأنواع الآتية:

* **الإيذاء الجسدي (Physical abuse)**:

وهي إصابات متعمدة، أو إصابات في الرأس، أو الكسور، أو الحروق، أو الكدمات، وقد يمثل الطفل بأعراض بديلة لمرض مفتعل، مثل متلازمة مانشوسن (Munchausen syndrome by proxy)، وتتمثل في تأخر النمو دون أسباب عضوية واضحة وقصر القامة لأسباب نفسية واجتماعية.

* **الإهمال (Neglect)**:

نقص الرعاية الجسدية والطبية، ونقص الإشراف والافتقار إلى الحميمية أو الدفء العاطفي والاهتمام.

* **الإيذاء النفسي (Emotional abuse)**:

ويشمل العدوانية، والافتقار إلى الانتباه، والتهديد بالتخلي، والمطالب غير الملائمة.

* **الإيذاء الجنسي (Sexual abuse)**:

وذلك من خلال الإيلاج أو دون إيلاج، من أفراد الأسرة أو من خارج الأسرة مع الصغار ذكور أو إناث.

الوبائيات (Epidemiology):

تتأثر وتتغير نسب الانتشار واختلاف معدلات الإبلاغ وعدم وجود طرق للتحقق من وقوع الإساءة. يمثل أمام المختصين في انجلترا حوالي 3٪ من الأطفال دون الثالثة عشر من العمر للتحقق من احتمالية تعرضهم للإساءة، بينما يتم تسجيل 1/10 من هذا الرقم أي (ثلاثة في الألف) رسمياً في سجل رعاية الطفل

(Child Protection) تتراوح أعمارهم من حديثي الولادة إلى 18 عاماً. ويتضاعف هذا الرقم خلال العام الأول من العمر ثم ينخفض إلى حوالي 3 في الألف بين الأطفال من عمر (1-16) عاماً، وبعدها تتناقص النسبة بشكل كبير. إذا نظرنا إلى ذلك نجد أن هناك نسبة عالية من الإساءة الشديدة تظهر على فئة المراهقين في المرحلة العمرية من 10 - 15 عام، وتبلغ نسبة الإساءة القاتلة واحد في العشرة آلاف، وقد تثير صعوبات التعلم العامة نفس النسبة من الانتشار في العام الأول.

تحتل الإساءة الجسدية في انجلترا وويلز النسبة الأعلى من الإساءات المسجلة تليها الإساءة الجنسية، ثم الإهمال، ومن النادر أن يتم تسجيل الإساءة النفسية. ومع هذا فإن النوع الأوسع انتشاراً من كل هذه الفئات هو [(القلق الوخيم) (Grave concern)]، وهو المصطلح الذي يستخدم في حالة الاعتقاد بوجود خطر شديد في التعرض للإساءة، على سبيل المثال عند معرفة تعرض الأشقاء للإساءة، أو بسبب وجود أحد المدانين بجرائم انتهاكات جنسية يعيش في نفس المنزل.

تشير النسب السابقة للحالات التي يتم التبليغ عنها للسلطات بعدما تم إجراء مسح في الولايات المتحدة عام 2000 شمل حوالي 3000 فرد أشارت نتائجه أن حوالي 7٪ من الأطفال يتعرضون لإيذاء شديد في أسرهم، ويعاني 6٪ من نقص شديد في الرعاية الجسدية، و 6٪ من إيذاء نفسي شديد، ويعاني 5٪ من نقص الإشراف.

قامت الحكومة في الولايات المتحدة الأمريكية بإجراء مسح قومي على فترات منتظمة حول مؤشرات الإساءة للأطفال دون الثامنة عشر من العمر حيث ظهرت نسبة تتراوح من (2.5 - 4٪)، تشير الأرقام الأقل إلى الأذى الواضح بالفعل على الطفل، بينما تشير الأرقام الأعلى إلى خطر التعرض للأذى من وجهة نظر خدمات حماية الطفل والمختصين الاجتماعيين، وتشبه هذه النسب تلك الموجودة في الولايات المتحدة ولكن في أمريكا كانت النسبة الأعلى للإساءة النفسية (الانفعالية) حيث بلغت (1.2٪) ويليها الإساءة الجسدية (1٪) وثلاثة أرباعه من النوع الحاد، وبلغت نسبة الإهمال (0.9٪) أما الإساءة الجنسية فبلغت (0.7٪)، وهناك سنوياً 2000 حالة وفاة ناتجة عن الإهمال والإساءة بالإضافة إلى 6000 حالة قتل للأطفال عموماً

دون الثامنة من العمر من قِبَل أفراد الأسرة.

تقدم هذه الأرقام شرح للأنماط السائدة من الإساءة للأطفال، وتظهر دراسات أكثر تفصيلاً أن هناك نسبة عالية من التداخل بين الأنواع المختلفة من الإساءة، وأن التداخل هو الأساس، ولهذا فإن الإساءة الجسدية الشديدة إلى درجة الإبلاغ عنها لا تحدث دون الإساءة النفسية وليس مستغرباً وجود درجات من الإهمال بها، وتظهر الإساءة الجنسية غالباً داخل أفراد الأسرة في جو من عدم الوضوح للحدود الشخصية والتشوهات العاطفية.

الصورة الإكلينيكية (Clinical picture):

الإيذاء الجسدي (Physical abuse):

يتجلى الطفل دائماً بنوع ما من الإصابات، وقد يشمل التاريخ الأسري مؤشرات مثل:

1 ـ التأخر في أو العجز عن طلب المساعدة الطبية.

2 ـ غموض كيفية حدوث الإصابة، ونقص التفاصيل الضرورية بينما تقدم باقي الظروف بطريقة مقنعة.

3 ـ تغير طريقة الإصابة مع تكرار الرواية إلى درجة كبيرة.

4 ـ عدم انسجام طريقة الإصابة بطبيعة الإصابة الفعلية، كأن يقال على سبيل المثال عن طفل مصاب بكسور وكدمات حادة أنها ناتجة عن سقوطه من السرير على أرضية مفروشة بالسجاد.

5 ـ تكون مشاعر الوالدين عند وصف الحادثة غير طبيعية، ولا يبدو أنها تعكس درجة الاهتمام والقلق المتوقعة.

6 ـ غرابة سلوك الوالدين أثناء الاستفسار بصبغة من العدوانية والمبالغة في إنكار أي شعور بالغضب من سلوك الطفل السيء قبل الإصابة، ومحاولة الإسراع بمغادرة المستشفى قبل الانتهاء من التحقيق الطبي.

7 ـ يبدو الحزن والانسحاب والخوف ونوع من التجمد على كثير من الأطفال المصابين والمساء إليهم.

8 ـ قد يقول الطفل شيء يشير بقوة إلى الإساءة.

يظهر الفحص والاستفسار عن الإصابات أنها لا تبدو عرضية، ويجب الإشارة إلى عدم وجود صورة نمطية مرضية للإصابة الناتجة عن الإساءة الجسدية فيجب دراسة كل حالة بشكل مستقل في ضوء باقي الدلائل مع الانتباه إلى تكرر الإصابات. وقد أصبح بعض أطباء الأطفال يبالغون في الاشتباه بالإصابات الجسدية وحدها، فمثلا كانوا ينظرون إلى اتساع الشرج باعتباره دليل ثابت على الإساءة جنسياً، ولكن الدراسات المستفيضة أظهرت أن هذا غير صحيح دائماً وترتب على هذا رفض رأي بعض الخبراء في بعض المحاكم.

تصف معظم الكتب الدراسية لطب الأطفال إصابات جسدية، وتشمل أنماطاً مشبوهة من الكسور (يتكرر حدوثها في أعمار مختلفة) بالإضافة إلى ما يصاحبها من نزيف شبكي ونزيف داخل المخ ناتج عن الهز، والحروق والسماط (وتشمل الحروق الناتجة عن السجائر والسماط الناتج عن الغمر بالقوة)، وأنماط مميزة من الكدمات (مثل الناتجة عن القبض بقوة أو الخنق). وتشمل الإساءة الجسدية أنماطاً أخرى مثل تعمد الخنق والتسميم، ويُقدم الخنق على أنه نوبات اختناق وتوقف النفس أو قذف الرضيع بقوة أو على أنه متلازمة موت الرضيع المفاجئ [Sudden infant death syndrome (SIDS)]، ويقدر أن الخنق هو السبب في حوالي 10٪ من حالات الإبلاغ عن موت الرضع المفاجئ، وقد سجلت في أشقاء الأطفال الموجودين ضمن الحالات التي تحتاج الى رعاية خطرة معدلات أعلى من متلازمة موت الرضيع المفاجئ أكثر بكثير من المجموعة الضابطة. وقد يشار إلى التسمم على أنه حادث أو ببساطة مرض غامض.

متلازمة الأعراض البديلة (مونشوسين) (Munchausen syndrome by proxy)، ويعرض فيها الطفل بواسطة أحد الوالدين وغالباً ما تكون الأم ليشكو من أعراض بديلة لمرض مفتعل، حيث يتكرر أخذ الأم الطفل للمستشفى وعرضه

على الطبيب وبمجرد خروجها من غرفة الفحص تختفي الأعراض، وينكر الوالدان معرفتهم بأسباب المرض، وغالباً ما يكون الأشقاء كذلك عرضة لأمراض مفتعلة أيضاً، ولقد وجدت أحدى الدراسات بالفعل أن واحداً من بين كل عشرة من هذه الفئة ماتوا في ظروف غامضة. وتشتمل الأمراض المصطنعة الأكثر شيوعاً والمصنفة تنازلياً حسب الإبلاغ عنها على: توقف التنفس بسبب كتم النفس، التسمم، نوبات التشنج، والنزيف الشديد من فتحات متنوعة، وطفح جلدي وغيرها من حالات إصابات الجلد، الحمى وارتفاع مستوى ضغط الدم. ويبدو على الأم الاستمتاع بالاهتمام الطبى مع تزايد الوقت الذي تقضيه في جناح المستشفى، وغالباً ما تكون لدى الأمهات خبرات أو تدريبات تمريضية سابقة أو غيرها من مجال الرعاية الصحية، وغالباً ما يرافق هذه الأعراض أنواعاً أخرى من الإساءات الجسدية مثل الإصابات المقصودة والفشل في النمو الجسدي لأسباب غير عضوية.

يشير العجز عن تحقيق النمو إلى أكثر من مجرد عدم اكتساب الوزن المتوقع، وهو أمر شائع في عيادات أطباء الأطفال، وتوجد لدى أغلب الحالات ظروف طبية مثل أمراض القلب، وأمراض الرئة، أو الأمراض المعوية أو مشكلات هرمونية، وفي نسبة قليلة لا يتم اكتشاف أسباب طبية وتؤلف هذه الفئة مجموعة العجز عن تحقيق النمو لأسباب غير العضوية (Non- organic failure to thrive)] [(NOFT). هناك نسبة من مجموعة العجز عن تحقيق النمو لا يتم تشخيصها تشخيصاً طبياً محدداً، فكثير منها ينشأ عن أنماط انحراف التفاعل بين الوالد والطفل، ويظهر انحراف التفاعل في أوقات الوجبات حيث يتضح أن معظم أعضاء مجموعة لا يحصلون على تغذية مناسبة (بينما يبدو أن لدى العديد من حالات العجز عن النمو لأسباب عضوية تفاعل طبيعي مع الوالدين)، ويؤكد التحسن الواضح في وزن الطفل بعد وضعه في بيئة تتميز بجودة الغذاء مثل أجنحة المستشفيات، أو الوالدين البديلين وأن ظروف التنشئة غير الملائمة هي السبب في المشكلة وثبت أن الأطفال العاجزين عن النمو مهددون أكثر من غيرهم بالتعرض فيما بعد للإهمال والإساءة أكثر من المجموعات الضابطة.

ويشير قصر القامة الناتج عن أسباب نفسية اجتماعية إلى خلل في النمو الطولي في حالات الإساءة الشديدة والإهمال، وهو أكثر ندرة وحدة من العجز عن النمو، هناك تاريخ طويل من التعرض لسوء المعاملة مع إساءة نفسية شديدة والاهمال وإساءة جنسية وجسدية أيضاً. أحد المظاهر المميزة لهذه الحالة ما يُعرف باسم «قصر القامة مع الشراهة» (Short stature hyperphagic)، حيث يبدو الأطفال معاقين لكن من دون أن يظهر عليهم أعراض سوء التغذية فوزنهم قريب من الوزن الملائم للطول ولكن دون تناسق بين نسب الجسد، وتكون أنماط النوم مضطربة لديهم وغير عادية، ويحصل هؤلاء الأطفال عادة على كميات كبيرة من الطعام من الأسرة ومن غيرهم من الأطفال، وقد يتخمون أنفسهم بالطعام إلى درجة التقيؤ، كما يعانون من سلس البول واحتباس الغائط الذي غالباً ما يكون إرادياً مع مزاج اكتئابي وإنكار قيمة الذات بشكل عام، ويعانون أيضاً من ضعف شديد في العلاقات الاجتماعية وانعدام الصداقات، بالإضافة لرفض الآخرين لهم، ويميل مستوى الذكاء ليكون في حده الأدنى بالنسبة للفئة العمرية لكل منهم كما يعانون من قصر فترة الانتباه، وتأخر التطور اللغوي مع تراجع شديد للأداء الأكاديمي، وانخفاض معدل إفراز هرمون النمو عند تعرض الأطفال للكروب والتوترمع عودته إلى النسب الطبيعة أو أعلى من الطبيعي مع دخول الأطفال إلى المستشفي. وكما هو الحال مع العجز عن تحقيق النمو تتحسن معظم الملامح الإكلينيكية بشكل ملحوظ بعد تغيير البيئة المسيئة. وتشير الدلائل الأولية إلى أن حالة قصر القامة مع الشراهة نادرة الحدوث وتنتج عن خليط من الإساءة الشديدة والميل العضوي إلى فرط إفراز هرمون النمو عند التعرض للكرب.

الإهمال (Neglect):

يشير مفهوم الإهمال إلى غياب الرعاية المناسبة، وليس إلى القيام بأفعال غير ملائمة، ومع ذلك يكون للإهمال نفس التأثير المدمر على الأطفال شأنه شأن الإساءة إن لم يكن أكثر، وهو يشمل معظم مجالات الرعاية:

1 ـ **نقص الرعاية الجسدية:** ويشمل سوء التغذية والذى يصل أحياناً إلى العجز عن تحقيق النمو، وتكرار العدوى، والمظهر غير النظيف المهلهل، وقذارة وعدم ترتيب المنزل.

2 ـ **نقص الرعاية الطبية:** وتشير إلى الفشل في إعطاء اللقاحات بانتظام للطفل، والعجز عن طلب الرعاية الطبية الضرورية للطفل عند المرض أو الحوادث، مما يتسبب في حدوث مضاعفات طبية للطفل مثل عيوب الرؤية الناتجة عن عدم معالجة الانحراف البصري، وضعف السمع الناتج عن عدم معالجة التهابات الأذن (Hypothermia)، وبعض حالات الوفاة على سبيل المثال بسبب انخفاض درجة الحرارة.

3 ـ **نقص الأنظمة المنزلية والقواعد والإشراف:** يتسبب هذا في زيادة معدل الحوادث في كل الأعمار بما فيها الحوادث المنزلية أو المرورية، ويتكرر ظهور التبول الليلي اللاإرادي والتلوث بالبراز دون سبب عضوي. ويترك الأطفال الأكبر سناً ليتجولوا دون رقابة بعيداً عن المنزل متعرضون لأشكال متعددة من المخاطر مثل اللعب على خطوط السكك الحديدية ومرافقة مدمني المخدرات والمجرمين والمسيئين جنسياً. ومع فشل في تعلم القيم الاجتماعية الصحيحة؛ مما يؤدي لصعوبة الانسجام مع غيرهم سواء كانوا أفراداً أو تنظيمات مؤسسية مختلفة وكذلك لا ينسجمون مع القوانين المدرسية، كما تكثر بينهم الاضطرابات السلوكية واضطرابات التصرف.

4 ـ **التباعد ونقص الدفء العاطفي:** الأمر الذي يؤثر على قدرة الأطفال من حيث الانخراط في علاقات قوية ومثمرة مع الآخرين بسبب عدم مرورهم من قبل في علاقة طبيعية متبادلة ودافئة، بالإضافة إلى الخلل في المهارات الاجتماعية والعاطفية الضرورية للتمكن من بناء علاقات صداقة، وانخفاض شديد في القيمة الذاتية، وقد يؤدي هذا التباعد أحياناً إلى اكتئاب صريح، ولكن غالباً ما يظهر على شكل اعتمادية ونقص في الاهتمامات وضعف الاستجابات الاجتماعية، وليس نادراً أن نجد اضطرابات انفعالية أخرى مثل القلق والمخاوف يصاحبها اضطراب في أنماط الارتباط بالوالدين عند قياسها (راجع الفصل 28) إلا أن بعض الأطفال المهملين يكونون ودودين ويرغبون في الحنان والاتصال الحسي، مما يعرضهم لخطر الإساءة، ولا يقدر الأطفال منهم في سن المدرسة على المحافظة على صداقات مهمة، أما الراشدون الذين نشأوا في بيئات مهملة ومسيئة فيظهرون علاقات قوية غير مناسبة تتضح من خلال الطريقة غير الطبيعية في وصف علاقاتهم بوالديهم وغيرهم من الأشخاص

الحميمين كما يظهر من خلال لقاءاتهم مع من يرتبطون بهم من الراشدين (راجع الفصل 28).

5 ـ نقص التشجيع والحوافز المعرفية في المراحل البنائية السابقة: ويؤدي هذا إلى تأخر اكتساب اللغة، وقصر فترة الانتباه، وضعف التركيز، وانخفاض معدل الذكاء، وضعف الانجازات وقلة الأداء، والنجاح الأكاديمي، وفقدان حس المنافسة والمبادرة.

الإساءة النفسية (العاطفية) (Emotional abuse):

رغم عدم اهتمام مراكز حماية الطفل في الولايات المتحدة بتسجيل الإساءة النفسية والعاطفية، إلا أنها تشكل الجانب الأكثر شيوعاً في الأسرة، كما أنها متغير ظاهر مصاحب لكافة الأشكال الأخرى من الإساءة، ويتم تجاهلها غالباً لأن مظاهر آثارها المباشرة أقل مأساوية، كما يصعب إثبات ارتباطها بما يعانيه الطفل من خلل وليس لأنها أقل ضرراً حيث أثبتت الدراسات خلال العقدين الماضيين بشكل متزايد وجود واستمرار آثارها على الأطفال الذين يعيشون ضمن ظروف تشمل عناصر مما يلي:

1 ـ العدوانية وشدة الانتقادات: حيث يرى الوالدان فقط عيوب الطفل ويسلطون عليها نيران الانتقادات والتعليقات والمطالب بتغييرها، وهي أمور لا يكون الطفل قادراً على التعامل معها. وقد أثبتت الدراسات المتابعة أن الأطفال الذين يتعرضون لمناخ انفعالي قاسي يميلون للقسوة على أنفسهم، ويقومون بإيذاء الأقران.

2 ـ الانسحاب ورفض العواطف: لا يتم تقديم أي نوع من الدفء أو الاحتضان للطفل، ويقابل الطفل بالرفض حين يحاول المبادرة بإظهار مثل هذه العواطف، وقد يؤدي هذا إلى إحباط مميت للعواطف وخلل في العلاقات القريبة وأحياناً الارتياب في العواطف الحميمة، وبالتالي الانسحاب منها، أو الرغبة وطلب العواطف بدرجة يائسة وبأي ثمن. ويزيد لديهم الشعور بالنبذ عندما يعامل الأشقاء بطريقة مختلفة، ويكون مآل الأطفال الذين يشعرون بالنبذ والرفض مآلاً سيئاً جداً.

3 ـ **الحرمان من الرعاية والانتباه:** يتم تجاهل الطفل خصوصاً عندما يكون هادئاً أو حسن التصرف، فعندما يبحث عمن يلعب معه أو يسعى وراء مديح كمكافأة لإنجاز قام به فلا يجد ذلك، مما يؤدي إلى انخفاض هذه السلوكيات الاجتماعية المقبولة وزيادة العدوان والسلوكيات المعادية للمجتمع.

4 ـ **التناقض:** ويؤدي إلى حالة من التشويش وضعف القدرة على التنبؤ، واهتزاز الثقة، حين يتلقى نفس السلوك في لحظة ما انتقاداً وعقاباً شديداً، وفي اللحظة التي تليها ينال الاستحسان والقبول، وعندما يكون الوالد ودود في الصباح وبارداً في المساء.

5 ـ **التهديد بالتخلي:** يهدد الطفل بالطرد من المنزل على أقل التصرفات التي تعتبر أنها مرفوضة، وقد يتم تحضير حقيبته لذلك، وقد يؤخذ إلى مراكز الخدمة الاجتماعية وهكذا. يؤدي استمرار الشعور باحتمالية التخلي عنه إلى تعطيل نمو الشعور بالأمن لدى الطفل، والذي يعتبر ضرورياً وأساسياً لبناء علاقات كما يؤدي غالباً إلى ارتباط غير آمن.

6 ـ **الكروب والتوتر والمطالب غير المناسبة:** عندما يرى الطفل أمه المحبطة تتعرض للضرب من شريكها أو تتناول جرعات زائدة من مواد مخدرة أو مسكرة، وقد يقال له إنه السبب في طلاق والديه، أو قد يتم استخدامه ككرة في المعركة بين الراشدين حين يطلب منه تبني موقف أحد الطرفين، أو يطلب منه نقل رسائل، أو لعب دور صانع السلام، أو يطلب منه تقديم المواساة والحماية.

الإساءة الجنسية (Sexual abuse):

ويتم تعريف الإساءة الجنسية بأنها «تورط أطفال أو مراهقين لا يتمتعون بالاستقلالية، وغير مكتملي النمو في أفعال جنسية لا يفهمونها بشكل صحيح، وهم غير مؤهلين للموافقة المُطّلعة عليها ومن شأن هذه الأفعال أن تنتهك من قدسية الأدوار الأسرية». تتدرج الأفعال من حيث شدتها كما تختلف نسبتها، فمثلاً أشارت نصف النساء المتعرضات للإساءة غير المباشرة (دون لمسهن) من خلال

الاستعراض في فترة ما من طفولتهن، وتعرضت حوالي (15-20٪) من النساء للتحرش الجنسي من خلال الاتصال (اللمس) وتشمل الملاطفة، بينما ظهرت حالات الإيلاج المهبلي أو الشرجي أو الفموي بين حوالي (2٪)، وتعتبر كل هذه التقديرات غير دقيقة لصعوبة التحقق منها. وتشير الدراسات المسحية في المجتمعات أن الإناث أكثر تعرضاً للإساءة من الذكور حيث تبلغ النسبة ثلاثة أو اثنين مقابل واحد، ولكن تشير الحالات المحولة للعيادات أن النسبة أعلى من هذا بكثير حيث تبلغ حوالي خمسة أو أربعة إلى واحد، وهناك زيادة طفيفة في ضحايا الإساءة الجنسية من البيئات المنخفضة المستوى اجتماعياً واقتصادياً حسبما تُظهر الحالات الإكلينيكية، ولكن هذه الزيادة تكاد لا تلاحظ في حالات الإساءة الجسدية والإهمال.

ويتم الانتباه للإساءة الجنسية من خلال عدة طرق أشهرها كشف الإساءة، وغالباً بواسطة طفل آخر أو لوالد أو غيره من الراشدين ممن يثق فيهم الطفل، وهناك تزايد في استخدام تليفون الخط الساخن. كما أنه من الشائع ظهور تغيرات في السلوك. ورغم أن السلوكيات الجنسية المبكرة تعتبر مؤشراً واضحاً للإساءة إلا أنه تطرأ عادة تغيرات سلوكية متنوعة مثل الانسحاب والتجهم والعناد وزيادة الهياج والعدوانية دون أسباب واضحة مع تراجع الأداء المدرسي وخسارة الأصدقاء، وقد يكون هناك مؤشرات واضحة على الإيلاج مثل النزيف المهبلي أو الشرجي أو العدوى أو التهاب المسالك البولية، سلس البول أو التلوث بالبراز، أو أمراض تناسلية أو الحمل.

عوامل الاختطار المهيأة للإساءة

(Risk factors for maltreatment):

لا يوجد عامل اختطار واحد في الإساءة الجسدية والنفسية يهيء لأن يسيء المكلف برعاية الطفل إلى الطفل، ولكن هناك مجموعة من المؤثرات تزيد من احتمالية الإساءة، ويمكن تقسيمها بشكل عام كما يلي:

1 ـ ضعف المهارات الوالدية التي تتضح من خلال ضعف أنماط التفاعل المباشر الذي هو الوسيلة النهائية لنقل الإساءة.

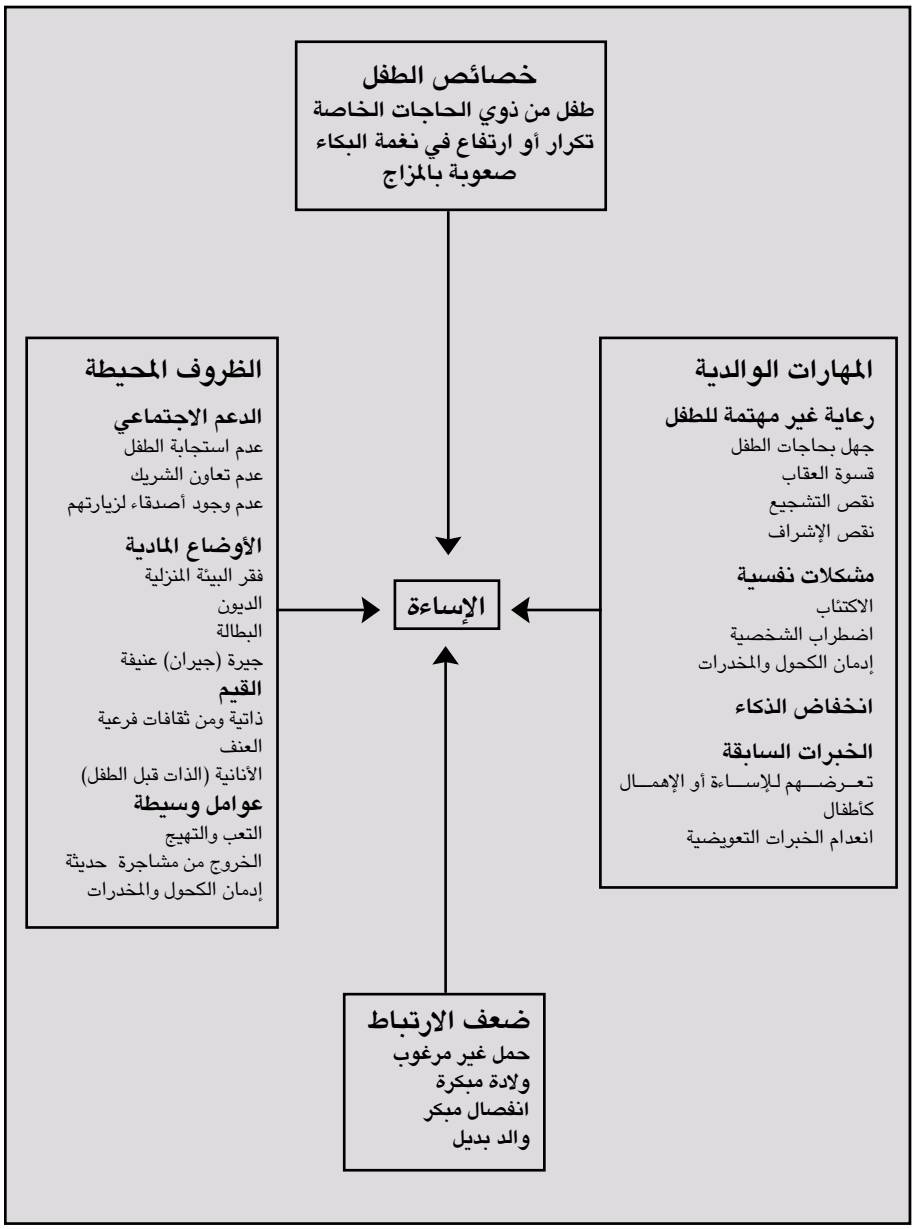
2 ـ ظروف ضاغطة وتوتر في الأسرة.

3 ـ خصائص الطفل نفسه.

4 ـ ضعف ارتباط الوالد بالطفل.

وتلخص عوامل الخطورة هذه في الشكل رقم (23-1).

غالباً ما يكون المرتكبون للإساءة الجنسية من الذكور وترتكب النساء حوالي (10٪) من الإساءات الجنسية، وقد تكون مشاركات للرجال في الإساءة ويتصرفن أحياناً تحت الإكراه. ونسبة أن يكون المعتدي هو واحد من أفراد الأسرة تتراوح ما بين ثلث إلى ثلثين من بين كل الحالات، وغالباً ما يكون الأب هو المعتدي داخل المنزل حسبما تشير نصف الحالات الإكلينيكية، ويقوم الوالد البديل (زوج الأم) بحوالي ربع الإساءات الجنسية من الحالات الإكلينيكية، ويزيد تعرض الفتيات للإساءة عند العيش مع والد بديل ست مرات عن معدل الإساءة مقارنة بالعيش مع الوالدين الحقيقيين. في حال ظهور الإساءة الجنسية خارج المنزل يكون المعتدي غالباً شخصاً مألوفاً للطفل، وموثوقاً به إلى درجة ترك الطفل في عهدته مثلاً أحد الجيران أو أصدقاء الأسرة، أو أحد أصدقاء الطفل، أو مدرس، أو جليس الطفل، أو مدرب النادي وغيرهم. والإساءة من الغرباء نادرة حيث تشكل فقط حوالي (5-10٪) من حالات الإساءة. كما تتزايد حلقات الجنس (Sex rings)، وهو تعبير يشير إلى مجموعة من الراشدين يسيئون للعديد من الأطفال، وغالباً ما يقومون برشوة الطفل للاشتراك معهم في البداية ثم يتحولون إلى الابتزاز، وقد يستغلونهم في إنتاج أشرطة فيديو أو يشركونهم في دعارة الأطفال. ونسبة هذه الحالات غير محددة بوضوح وقد أُجري مسح قبل عامين في مدينة إنجليزية يبلغ عدد سكانها ثلاثة أرباع مليون نسمة كشف عن وجود (31) حلقة جنس للأطفال تضم (47) ذكر من المعتدين و(334) طفل تتراوح أعمارهم من (4-15)عام، (90٪) من الضحايا كن من الإناث، أجبر ثلثاهم على ممارسة الجنس الفموي وأجبر الثلث على إيلاج مهبلي أو شرجي.



الشكل رقم (23-1):العوامل المرسبة للإساءة (الجدول مأخوذ بتعديل بسيط من د/ديفيد جونز (Dr. David Jones) الذي وافق مشكوراً على استخدامنا إياه)

آثار الإساءة (Effects of maltreatment):

فى هذه الآونة يرتبط القليل من النتائج المحددة ارتباطاً جزئياً بأنماط معينة من الإساءة، وذلك بسبب التداخل الكبير بين الأنماط المختلفة من الإساءة حيث يصعب دراسة نوع معين من الإساءة بشكل منفصل ومستقل تماماً عن غيره، وقد لوحظ عند دراسة أنماط محددة من الإساءات كل على حدة وجود قصور في الأداء في عدة مجالات أخرى. ويُنسب الكثير من قصور الأداء إلى الإساءة ويمكن إثبات هذه العلاقة السببية إذا زال الخلل أو تحسن الأداء في حال توقف الإساءة مثلاً؛ بسبب انتقال الطفل إلى مركز رعاية أما إذا لم يظهر تحسن على الأداء بعد هذا الانتقال يجب التفكير في أسباب أخرى. كما أن وجود قصور سابق أو خلل بنائي قد يهيئ المناخ لتعرض الطفل للإساءة، فعلى سبيل المثال فقد يكون المزاج سريع الاستثارة سبباً لتعرض الطفل للإساءة وليس نتيجة لتعرضه لها. كما أن نفس الجينات أو العوامل النفسية الاجتماعية التي ساعدت على تعرض الطفل للإساءة قد تكون نفسها مسؤولة أيضاً عن المساعدة على ظهور أشكال إضافية من القصور فعلى سبيل المثال قد تكون الجينات والعوامل النفسية الاجتماعية المسؤولة عن انخفاض معدل ذكاء الوالدين والتي تزيد من خطر إساءتهم لأطفالهم هي نفسها تزيد من احتمالية انخفاض ذكاء الطفل بغض النظر عن حدوث أو عدم حدوث الإساءة.

* **الآثار الجسدية:** تؤثر هذه الآثار على النمو في حالات الإساءة الشديدة التي تؤدي إلى قصر القامة والتى سبق ذكرها من قبل.

* **النسق الانفعالي:** يظهر العديد من الانفعالات السلبية بالإضافة إلى سرعة الاستثارة الانفعالية في ظل الظروف الضاغطة، والتي تستغرق وقتاً طويلاً كي تهدأ، وقد يصحبها حالة من زيادة الاستثارة وزيادة التيقظ، كما قد يظهر المزيد من العدوانية والمخاوف في الاستجابة لجدال الراشدين، عموماً يمكن ملاحظة أربعة أنماط:

1 ـ التبلد الانفعالي ونقص الاستجابات الاجتماعية.

2 ـ آثار اكتئابية مع تعبيرات حزينة على الوجه، يصحبها الانسحاب واللعب العبثي.

3 ـ التغيرات الانفعالية مع التحول المفاجئ من التفاعل والانشراح إلى الانسحاب والغضب.

4 ـ حالة انفعالية غاضبة مع لعب غير منظم والانفجارات المتكررة لاحباطات بسيطة.

أظهرت الدراسات الفسيولوجية مؤخراً أنماطاً غير طبيعية من ارتفاع نسبة إفراز الكُورْتِيزول خلال اليوم الواحد لدى الأطفال المُساء إليهم جسدياً، والتي يمكن أن تعود لمستويات طبيعية بعد عام من الرعاية البديلة، وهناك مؤشرات فسيولوجية أخرى من الاستجابات المبالغ فيها للكرب مثل استجابة الأدرينالين، والنورْأدْرِنالين للمثيرات المسببة للقلق.

* **تكون الارتباط:** يُظهِر الرضع والدارجون الذين يتعرضون للإساءة أنماطاً غير آمنة من الارتباط عند انفصالهم أو عودتهم لوالديهم، كما تكثر بينهم الاستجابات المضطربة والتي تتميز بالخوف والتشوش والتنقل بين التوجه والتجنب، والتعبيرات الغريبة، والتجمد وغيره من السلوكيات غير الطبيعية (راجع الفصل 28)، وتميل أنماط الارتباط غير الآمن للاستمرار من الطفولة إلى الرشد.

* **نمو مفهوم الذات:** يجد الأطفال المُساء إليهم صعوبة في الحديث عن أنفسهم خصوصاً حول مشاعرهم السلبية ربما لأنهم قد تعلموا في المنزل أنها تؤدي للتعرض للعقاب. وتظهر المقاييس المصممة لاستكشاف المشاعر وشعورهم بانخفاض القيمة وتدني تقدير الكفاءات الذاتية.

* **النمو الاجتماعي والرمزية:** ينخفض كم اللعب وتتسم نوعيته بالفقر، وزيادة الأنشطة النمطية والروتينية، ويصحبه خلل في اللعب الجماعي مع الأطفال الآخرين، ويتناسب هذا النقص مع نوعية وحساسية التفاعل بين الأم والطفل. ويظهر الأطفال الذين تعرضوا للإساءة انخفاضاً في التعاطف مع مشاعر الآخرين، وزيادة التوقعات السلبية من غيرهم، وانخفاض الثقة فيهم وتدني الأفكار حول كيفية بناء والحفاظ على علاقة اجتماعية. وينظر هؤلاء الأطفال إلى كل ما هو مثير وغامض على أنه عدواني ويستجيبون له بناءً على هذا الاعتقاد. وقد أظهرت ملاحظة العلاقات الفعلية لهذه الفئة المشار إليها مع رفاقهم وجود نقص الكفاءة والعدوان غير المناسب كاستجابة لمبادرات ودودة، كما تظهر أحياناً صورة مختلطة من العدوان والانسحاب والتي تؤدي إلى نبذ شديد من جماعة الرفاق، وهناك أدلة على أن هذا يمثل استجابة (اضرب واهرب) التي تظهر في مواجهة الخبرات المخيفة المتكررة.

* **التطور المعرفي:** يقل تطور كل من اللغة والقدرات غير اللفظية لدى كل ممن تعرضوا للإساءة عند مقارنتهم بالمجموعة غير المُساء إليها، كما يتراجع لديهم الأداء المدرسي، وقد يعود هذا لمجموعة من الأسباب منها الخلل في التطور المعرفي في بيئة منزلية تفتقر إلى المثيرات وإلى تبادل العلاقات الكريمة، كما قد يرجع السبب إلى انخفاض الدافعية التي قد تظهر من خلال ضعف القدرة على التركيز وتنظيم المهمات المدرسية.

* **اضطرابات سلوكية وانفعالية:** تنتشر بين الأطفال المُساء إليهم وتبدو في المراهقة على صور شديدة من العنف، بالإضافة إلى شخصيات سيكوباتية ومحاولات انتحار، فضلاً عن تعمد إيذاء الذات، وظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين حالات الإساءة الجسدية الشديدة. ورغم أن هذه النتائج تعتمد على مقارنة عينات ممن تعرضوا للإساءة ومن لم يتعرضوا لها من مستوى اجتماعي اقتصادي متقارب ومن نفس الجيرة إلا أن الأسر المسيئة كانت تتميز

داخل الفئة بأنها تعيش في ظل ظروف سيئة ومستويات حرمان أعلى من غيرها، ولذا يصعب أحياناً فصل تأثير الإساءة عن تأثير الظروف المعيشية السيئة والحارمة إلى درجات عالية، فهناك الكثير من الكروب لهذا النوع؛ مما يؤدي بالتالي إلى زيادة مستوى الأمراض النفسية.

* **المرونة (سهولة التكيف)**: إلى أي مدى يستطيع الطفل المُساء إليه أن يتمتع بالمرونة والتكيف؟ أي أن ينمو بطريقة طبيعية رغم خبراته السيئة؟ نلاحظ أن قلة من الأطفال المُساء إليهم يمكن أن يصنفوا كمتكيفين، وعند قياس القدرات تكون درجات الأطفال المُساء إليهم منخفضة جداً وقد تصل إلى حد الصفر، كما تشير كثير من الدراسات وحتى الأطفال الذين يشار لهم على أنهم متكيفون، رغم أن البعض ينجح في تحقيق نمو طبيعي في بعض المجالات.

* **الانتقال عبر الأجيال**: تختلف نسبة الأطفال المُساء إليهم والذين يتحولون لوالدين مسيئين عبر الدارسات، وتصل هذه النسبة إلى نحو (30٪) وبالرغم من الآثار القوية التي تتركها ظروف التنشئة فإن تأثيرها السلبي غير محتم، وحتى الفتيات اللواتي نشأن في بيوت رعاية بديلة بسبب الرعاية الوالدية العنيفة استطاع نصفهن تقديم رعاية ملائمة لأطفالهن.

آثار الإساءة الجنسية:

يصعب تحديد الخلل الناتج عن الإساءة الجنسية على وجه الخصوص وأي منها يرجع للخلفية الأسرية المضطربة. ورغم أن دراسة العينات التي تبحث في النتائج استثنت الأفراد المتكيفين مع الخبرات المسيئة بطريقة جيدة منذ البداية معتمدة في دراساتها على العينات الإكلينيكية؛ لتوضيح الضرر الناتج وقد أشارت النتائج إلى وجود آثار سلبية تستمر عادة لعدة سنوات. وعلى الصعيد النفسي يعاني الضحايا عادة من الشعور بالذنب والمسؤولية عن الإساءة خصوصاً بسبب شعورهم بإثارة المتعة الجنسية، وقد يعانون نوعاً من الشعور بالعجز كاستجابة

لعدم قدرتهم على وقف الاستغلال المتكرر لأجسادهم، وقد يجدوا أنه من المستحيل أن يثقوا في الآخرين خصوصاً الكبار من جنس المرتكب للإساءة. قد تؤدي مأساة الإساءة إلى عدم النوم والكوابيس، وفقدان الشهية وغيرها من شكاوى النفس الجسدية، بالإضافة إلى سلوكيات هدامة للذات. وقد تظهر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بوضوح مع أفكار مقتحمة تعود لعملية الإساءة، وتجنب أي من الأفراد، أو الأماكن المرتبطة بالإساءة. وعادة ما يكون مفهوم الذات منخفضاً مع شعور بالاشمئزاز والتلوث والقذارة وسيطرة شعور بالحقارة، وكثيراً ما يظهر الشعور بفقدان الأمل والعجز يرافقه شعور بالغضب، كما تزيد نسبة الاكتئاب بشكل ملحوظ.

أما من الناحية السلوكية فيظهر على الضحية بعد التعرض للإساءة الجنسية العصيان الشديد، والعدوان، والرغبة في إيذاء الأقران، والأفعال المعادية للمجتمع بدرجة أوضح لدى الذكور، بينما تميل الإناث إلى تجريح الذات، وحرقها بالسجائر واستجابات قهم الشهية، وقد تظهر لدى نسبة من الأطفال سلوكيات جنسية غير مناسبة مثل الرغبة في الملامسة الجنسية أو اللعب الجنسي مع راشدين أو أطفال وسلوك إغرائي نحو غرباء إلى حد ما مثل العاملين في مؤسسة الرعاية أو العاملين داخل المستشفى، وقد يكون هناك ممارسة للاستمناء بشكل علني ومع النمو تتحول نسبة من هؤلاء الضحايا إلى أعمال الدعارة. ويعاني الذكور الذين تعرضوا للإساءة من ذكور مماثلين من قلق وتشوش حول هويتهم الجنسية. أما نسبة الذين يتحولون إلى مسيئين جنسيين فهي غير مؤكدة ولكن من الواضح أن قلة منهم يصبحون كذلك بالفعل.

وهناك بعض العوامل التي تتداخل مع آثار الإساءة الجنسية ومنها:

- مقدار استخدام الإجبار والعنف.
- طول مدة الإساءة.
- طبيعة وشدة الإساءة وهل صاحبها حدوث أو عدم حدوث للإيلاج.
- العلاقة مع المرتكب، حيث تكون الإساءة من شخص موثوق فيه أعمق تأثيراً.
- الأحداث التابعة، مثل نقل الطفل من المنزل إلى مؤسسة رعاية.

ومن العوامل الأخرى المتداخلة في درجة تأثير الإساءة عدم تصديق الوالدين وغالباً الأم، فحوالي ثلث الفتيات اللواتي تعرضن للإساءة لم يحصلن على دعم أمهاتهن اللواتي قد ينكرن حتى حقيقة حدوث الإساءة (رغم وضوح الأدلة على عكس ذلك)، واختيارهن البقاء مع المرتكب وبذلك ينبذن بناتهن، ولم توضح الدراسات سناً محدداً لا تلحق فيه الإساءة الضرر بالضحية.

التقييم (Assessment):

المبدأ السائد في التعامل مع الطفل الذي يُعتَقد بتعرضه للإساءة هو الحصول على المساعدة، ويجب أن يتم إبلاغ الزميل الأكثر خبرة بأسرع وقت ممكن، كما يجب استشارة مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي. ويتم اكتشاف الإساءة الجسدية عادة على يد أطباء الأطفال، ويتم التنسيق مع موظف الخدمة الاجتماعية. وقد يرى مختصو الصحة النفسية الإصابات أو قد يكتشفوا أنواعاً أخرى من الإساءة أو الإهمال حال متابعتهم للطفل بسبب مشكلة انفعالية أو سلوكية، وقد تسأل المحكمة المختصين بالصحة النفسية للطفل أثناء القضية عن مدى الضرر الفعلي الذي وقع للطفل، وما هي فرص تحسين الأساليب الوالدية وحول ما إذا كان يفضل نقل الطفل من الأسرة حفاظاً عليه.

ومن المفيد جداً إجراء تقييم شامل فبعض الآثار الخفية لا يمكن اكتشافها فقط من خلال التركيز على ظروف الإساءة، ويجب مقابلة جميع الأفراد الذين يعيشون في المنزل بغض النظر عن درجة قرابتهم بما فيهم زوج الأم، والنزلاء وغيرهم. كما تعتبر التقارير الخارجية هامة جداً بما فيها تقرير طبيب الأسرة وموظفي الصحة لأنها تقدم معلومات حول تكرار المراجعات والإصابات بالنسبة للطفل المقصود وغيره من أفراد الأسرة، وحول صحة وسلوك الوالدين، كما أن التقارير المدرسية هامة جداً في مثل هذه الحالات.

ويجب أن يشتمل التقييم على جميع العوامل الواردة في الشكل رقم (23-1)، بالإضافة إلى أي ممارسات مسيئة محتملة تقع ضمن محتوى الأساليب الوالدية وحياة الأسرة بشكل عام.

كما يجب مقابلة الطفل على انفراد وإجراء الاختبارات القياسية عند تراجع مستوى الأداء المدرسي كثيراً. وينبغي سؤال الاخصائيين الاجتماعيين عما لديهم من معلومات حول الأسرة، وإذا كان أي من أطفالها مسجل على قائمة حماية الأطفال، وعند التأكد من حدوث الإساءة يجب عمل جلسة مشتركة لحماية الطفل حيث يدعي عدد من المختصين للمشاركة، ويدعي في الوقت نفسه الوالدين لحضور بعض أجزاء أو كل الجلسة، وتقدم التوصيات والتي قد تشمل تسجيل الطفل ضمن قائمة حماية الأطفال وغيرها من خطوات الحماية.

ويجب أن يتم التحقق من الإساءة الجنسية عند الشك في حدوثها من خلال المقابلات البسيطة، ولكن مع ارتفاع مستوى الشك يجب أن يتم الفحص بشكل كامل. وهناك خطوات إرشادية مستفيضة لكيفية القيام بذلك، ويعتبر طلب استشارة الزملاء ذوي الخبرة في المجال من الأولويات. وغالباً ما يقوم المختصون الاجتماعيون بإجراء المقابلة ما لم يكن الطفل مضطرباً بشكل واضح، وتبقى الحاجة لاشتراك اختصاصي الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في عملية التقييم خاصة إذا بدا على الطفل اضطراب واضح أو كان يعاني من ظروف خاصة مثل صعوبات التعلم أو صغر عمر الطفل.

ويجب أن تتم المقابلات البسيطة مع الطفل على انفراد لأن الطفل لن يكشف عن الإساءة إذا كان مرتكبها هو أحد أفراد الأسرة خوفاً من عواقب إفصاحه، فعلى سبيل المثال، قد تكون هناك تهديدات جسدية أو ابتزاز عاطفي للطفل، وقد يخاف الطفل من حدوث انفصال في الأسرة وفقدان أحد الوالدين إذا عبر عما يحدث داخل أسرته، وقد ظهر أن استخدام أسئلة من نوعية معينة تزيد من مساحة الكشف عن الإساءة الجنسية بعد مناقشة عامة حول الأمور داخل وخارج المنزل وعن النظم وطرق التأديب المستخدمة وما يحبه الطفل وما لا يحبه، وقد يكون من المفيد الاستفسار عن عادات النوم والاستحمام وكيف يعتنون بأجسادهم بشكل عام، وقد تتناول الأسئلة أسراراً وأموراً لا يقدر الطفل على الافصاح بها لأحد، والتقصي عن الشخصية التي قد يثق الطفل بها ليخبرها عن مخاوفه، وما إذا كان أحد قد فعل شيئاً له أو لمسه بطريقة لم تعجبه.

تُعتبر مقابلات التقييم الشامل عبارة عن مجموعة من المهارات المتخصصة، وتتم عادة بالتعاون مع الشرطة وعادة ما يتم تسجيلها كما هو الحال في الولايات المتحدة وغيرها من الدول، وتستخدم كدليل في المحكمة بدلاً من استخدام الطفل كشاهد، أو بدلاً من إعادة استجوابه لأكثر من مرة. ويمكن أن تستخدم الدمى التشريحية وغالباً ما تنشط ذاكرة الطفل فيصف بالتفصيل ما حدث له ويشرح على الدمى بطريقة يصعب تكذيبها، ومع ذلك يجب الحرص على تفادي المبالغة في تفسير سلوك الطفل مع التحمس لكشف الإساءة في حالة الشك بوجودها.

يفيد فحص الشرج والأعضاء التناسلية الخارجية، ولكنه يجب أن يتم من قِبَل طبيب أطفال أو طبيب نسائي أو جراح تابع للشرطة مدرب لهذه الغاية. وبينما يعتبر التمزق والكدمات مؤشران واضحان على الإساءة، فمن الهام أيضاً التفكير في إجراء فحوص للتأكد من وجود المني والأمراض التناسلية والحمل فوراً لأن التعافي بعد الحادثة قد يكون سريعاً، وإذا لم تثبت الفحوص الجسدية الإساءة، فهذا لا ينفي حدوثها فعلاً، وقد أظهرت دراسة على الحالات التي اشتملت فيها الإساءة على الإيلاج أن نسبة الأطفال الذين ظهرت عليهم أعراضاً جسدية كانت أقل من (40٪).

طرق التدخل (Intervention):

يتوجه التعامل مع حالات الإساءة التي تم التحقق من وجودها لتحقيق ثلاثة أهداف: الأول منع المزيد من الإساءة، والثاني التخفيف من أثر الضرر الذي وقع بالفعل، والثالث إشباع حاجات الطفل العاطفية والاجتماعية والتعليمية على المدى البعيد، وهو ما يشمل اتخاذ قرار حول الخيار الأفضل للطفل، وإن كان هو البقاء في أسرته مع حصوله على تعليم استثنائي وقائي، أو بتقديم خبرات اجتماعية إيجابية خارج المنزل. يمكن استخدام عدة طرق حسب ظروف الحالة والمصادر المتوفرة للمنظمات القائمة على العلاج، وقد يشمل التدخل لعلاج إحدى الحالات مايلي:

* أمر قضائي يمنع زوج الأم من الوصول للطفل.
* تدريب الأم على بعض المهارات الأبوية لمساعدتها على التعامل مع مشكلات تصرف طفلها.
* علاج مضاد للاكتئاب للأمهات ذوات المزاج السيء.
* جلسات إرشادية فردية للطفل.
* توفير تعليم إضافي لمشكلات الطفل التعليمية.
* سلوك مضاد لإيذاء الأقران للطفل في المدرسة.
* تحسين ظروف معيشة الأسرة.

ويتطلب تحقيق مثل هذه الخطة بنجاح تواصل جيد بين الوكالات المختلفة. وتوجه خطة التعامل مع الإساءة الجنسية بنفس الأهداف الثلاثة:

1 ـ هناك حاجة لإعادة تقييم الطفل خوفاً من احتمالية تعرضه مرة أخرى للإساءة في حال استمرار إقامته في نفس الظروف التي حدثت فيها الإساءة أول مرة.
2 ـ قد يتطلب منع تكرر الإساءة نقل الجاني أو فرض نظام حماية.
3 ـ تعتبر قدرة الأم على تقبل ما حدث وحمايتها لطفلها من الأمور الهامة، كما أنه من المهم أن يعترف المرتكب بمسؤوليته عما حدث.

ويُعد تحقيق هذه الأهداف من الأمور الضرورية لتقييم الخطورة ومساعدة الطفل في التخلص من الشعور بالذنب ولوم الذات، وقد يمهد الطريق أمام المرتكب لعودة الاندماج في الأسرة. قد يكون من الضروري أيضاً الحصول على إذن من المحكمة لإبعاد الطفل في حال الخوف عليه من المزيد من المخاطر. ويكون التخفيف من آثار الإساءة مفيداً إذا أجراه مختصون، وقد يفيد السماح للأطفال بالحديث الحر المفتوح عن الأمور الجنسية في مواجهة التجربة السيئة في محيط آمن من خلال التعامل معها عاطفياً بانفتاح دون مقاطعة بسبب الخوف والقلق؛ ولتحقيق هذه المهمة يمكن استخدام تقنيات نفسية علاجية ومعرفية سلوكية متعددة، وتشير

بعض التجارب إلى أن هذه التقنيات تساعد فعلاً في خفض الأعراض والمعاناة. وقد تساعد مجموعات المساعدة الذاتية المتشابهة الخبرة على اكساب الطفل فهماً معرفياً وعلى وضع خبراتهم تحت المنظار وتلقي الدعم من الآخرين ممن لديهم خبرات مماثلة. وقد يفيد العمل على إشباع حاجات الطفل على المدى الطويل وغرس الإحساس بالقيمة الذاتية والقدرة على التواصل والتعبير عن المشاعر في علاج هذه الحالات على أن يتم نشر الاطمئنان في الظروف المهددة. كما يجب بناء درجة من الفهم نحو فسيولوجيا الجنس، وتوضيح نطاق السلوك الجنسي المناسب وغير المناسب.

ويجب أن يشمل العمل على الجانب الأسري التأكد من قدرة الأم على تحديد أولوياتها، والفصل بين الضحية والجاني. أما الأطفال الذين عانوا من ضرر بالغ والذين سببت لهم الإساءة حدوث اضطرابات مزاجية عميقة وتشويه الذات والقهم العصبي أو غيرها من الأعراض، فقد يحتاجون إلى برامج علاج مستفيضة يفضل عادة أن تتم ضمن فريق علاجي في أماكن إقامة داخلية بعيدة عن المنزل (مستشفى أو مصحة للتأهيل).

وعندما يتم التحقق من حدوث الإساءة فإن الأسرة تواجه ضغوطاً شديدة؛ لنقل الطفل بعيداً عنها نتيجة لشعور الآخرين بالغضب مما حدث للطفل. ولكن الدراسات الحديثة أشارت بتدهور حالة هؤلاء الأطفال عادة بسبب سوء نظم الرعاية البديلة كما هو الحال في بعض بيوت رعاية الأطفال.

ولقد أدى التغير المتكرر لهيئة العاملين غير المدربين إلى وقوع الطفل تحت خطر التعرض للإساءة من قِبَل العاملين أو غيرهم من المقيمين في المكان. إن التركيز الشديد حالياً على إعادة تأهيل هؤلاء الأطفال داخل الأسرة هو الأفضل، كلما كان ذلك ممكناً وحسب الدراسات الإكلينيكية فقد كان معدل تعرض الحالات التي قدمت فيها الرعاية للأطفال مرة أخرى للإساءة يتراوح ما بين (20-40٪). داخل أسرهم.

يشرح الجدول (23-1) العوامل المساعدة على التكهن بنجاح التدخل العلاجي، ويعد أهم مؤشرات نجاح إعادة التأهيل هو:

- اعتراف الوالدين بتكرار الإساءة.
- رغبتهم في مواصلة برنامج المعالجة.

جدول (23-1): مؤشرات نجاح التدخل العلاجي (الجدول مأخوذ بإذن من د.ديفيد جونز (Dr. David Jones) الذي وافق مشكوراً على استخدامنا إياه).

العوامل	أفضل النتائج	أسوأ النتائج
الوالدان	قبول المشكلة الالتزام بالمعالجة في وجود شخصيات سوية (طبيعية) شريك مساند انعدام الاضطرابات النفسية	إنكار المشكلة رفض التعاون مشكلات شخصية: * مضادة للمجتمع * سادية، عدوانية * تعرضت للإساءة في طفولتها شريك مسيء شريك مدمن للمخدرات وللكحوليات مصاب بالذهان
ملامح الإساءة	إصابات بسيطة	إصابات شديدة حروق وسماط فشل النمو تنوع الإساءة الإيلاج في الإساءة الجنسية طول مدة الإساءة الجنسية الإساءة السادية الأعراض البديلة (متلازمة مانشوسن)
التفاعل مع الطفل	ارتباط طبيعي القدرة على إظهار التعاطف استجابة لمطالب الطفل وضع حاجات الطفل في الأولويات	ارتباط مضطرب عدم القدرة على إظهار التعاطف رعاية غير حساسة الأنانية
الطفل	طفل بصحة جيدة استجابة توافقية للإساءة	حاجات خاصة جسدية أو تعليمية أمراض نفسية عميقة انعدام التأثير الإيجابي
الظروف	وجود رعاية إيجابية له وجود رعاية أسرية جيدة للأطفال وجود شبكات دعم غير رسمية	عدم وجود تسهيلات عزلة اجتماعية
تدخل المختصين	مدربون ماهرون مع توفر مصادر تمويل لهم علاقات علاجية ناجحة مع الحالة	قلة المصادر والمهارات ضعف الارتباط مع الحالة

وقد توصي المحكمة عند انخفاض فرص التحسن بتوفير الرعاية البديلة للطفل مثل والدين بديلين أو التبني وفي حالة الأطفال الأكبر سناً قد يتم وضعهم في مؤسسات للإقامة الداخلية (الإصلاح الاجتماعي).

وينص قانون حماية الأطفال في بريطانيا وويلز لعام (1989) على أنه من حق الدولة أساساً أن تفرض حماية الطفل بالقوة الإلزامية إذا لحق به ضرراً، أو إساءة (والتي تشمل الإساءة الجنسية، والإساءة الغير جسدية مثل الإساءة النفسية)، أو ضعف الصحة أو الخلل في النمو وسوء المعالجة.

وتشمل الصحة النواحي الجسدية والنفسية، ويعني التطور: النواحي الجسدية والمعرفية والعاطفية والاجتماعية أو التطور السلوكي. ويركز القانون كثيراً على العمل مع الوالدين بشكل تطوعي للمحافظة على الطفل لينمو داخل بيئته الأسرية الأساسية كلما أمكن ذلك. فضلاً عن تقديم الحماية الأساسية للطفل من الإساءة خلال برامج الزيارات المنزلية للأمهات المعرضات لخطر الإساءة لأطفالهن قبل الولادة، وقد كان هذا الإجراء فعالاً ولكنه محدود الانتشار.

الباب الثالث

عوامل الاختطار

Risk Factors

الفصل الرابع والعشرون

إعاقة التعلم العامة

Generalised Learning Disability

على الرغم من أن كل من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) والتصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-10) قد استخدما مصطلح «التخلف العقلي» فإن أعداداً متزايدة من المهنيين وعامة الناس تجد هذا المصطلح غير مقبول، وعلى وجه المقارنة فإن مصطلح إعاقة التعلم العامة يستخدم على نطاق واسع في المملكة المتحدة ويُفضل استخدامه من قِبَل مؤسسات متعددة تمثل الفئات المتأثرة بالحالة، وعلى الرغم من أننا اخترنا استخدام هذا المصطلح الحديث فإننا نقدر أنه سوف يثير الكثير من الجدل على مستوى العالم، حيث إن مصطلح إعاقة التعلم في الولايات المتحدة غالباً ما يشير إلى أشخاص يتمتعون بذكاء عادي ولديهم بعض الصعوبات في القراءة أو الهجاء.

التعريف (Definition):

ببساطة متناهية، فإن إعاقة التعلم العامة تُعرف أساساً عن طريق مستوى القدرات العقلية، فيعنى معامل الذكاء (IQ) من (50-69) حالة بسيطة من إعاقة التعلم العامة، ومعامل ذكاء تحت 50 فهو يمثل حالة شديدة من إعاقة التعلم العامة يصحبها أيضاً وجود خلل في الوظائف الاجتماعية، بما في ذلك تراجعاً في الاستقلالية الشخصية، كما يتضمن أيضاً الحاجة إلى العناية أو الحماية الخاصة، وهذا التدهور المزدوج أي الخلل العقلي والاجتماعي يشمله تعريف التخلف العقلي في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والتصنيف الدولي للأمراض، وهذا يصدق أيضاً في التعريف القانوني والإداري لإعاقة التعلم العامة كما هو موجود على سبيل المثال في تعريف الخلل العقلي والخلل العقلي الشديد في القانون

الإنجليزي، وبينما يعاني معظم المصابين بحالات إعاقة التعلم العامة من صعوبات تعليمية وعقلية واجتماعية، فإن هذا الخلل التعليمي لا يُعد أساسياً في تعريف إعاقة التعلم العامة.

معدل الانتشـار (Prevalence):

1 ـ إعاقة التعلم العامة البسيط:

يصيب نحو (2٪) من تعداد السكان وفقاً لمعيار معامل الذكاء، وذلك كما هو متوقع . إذا كان معامل الذكاء تم توزيعه على نحو طبيعي (معامل ذكاء يساوي 70 يقع تحت المتوسط بواقع 2 انحراف معياري، ويقع 2.3٪ من أي توزيع طبيعي للسكان تحت المتوسط بواقع 2 انحراف معياري)، والكثير من هؤلاء الأشخاص لا يتم التعرف عليهم من خلال الخدمات الطبية أو التعليمية أو الاجتماعية، وفي بعض الأحيان يكون ذلك بسبب توافق الأداء الاجتماعي فبوسعهم التكيف مع نظرائهم الطبيعيين في المدارس العادية، إلا أنه في مناسبات أخرى نجدهم يفشلون تماماً إذا لم يتم مساعدتهم بصورة كافية حين لا يتم التعرف على حالة العجز لديهم.

2 ـ إعاقة التعلم العامة الشديد:

يصيب نحو 0.4٪ من جملة السكان، وفيه يصل معامل الذكاء إلى أقل من 50، وهذا يعني أنه يزيد بمقدار عشرة أمثال عما هو متوقع إذا تم توزيع معامل الذكاء بصورة طبيعية، وهذا يعني أن هناك ارتفاعاً طفيفاً في قاع التوزيع الطبيعي لمعامل الذكاء، والأشخاص المصابون بإعاقة التعلم العامة هم في الغالب معروفون من قِبَل الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية، وذلك نظراً للصعوبات التعليمية الشديدة التي يعانون منها، أو بسبب العلامات البدنية المصاحبة للحالة مثل الشلل الدماغي أو الصرع.

نموذج ثنائية الحالات (The two-population model):

إنه من المفيد لتحقيق بعض الأهداف التمييز بين نوعين من إعاقة التعلم العامة: النوع العضوي والنوع الطبيعي (وهو ما يوصف أحياناً بالنوع تحت

الثقافي)، ويمكن توضيح التمايز بين النوعين من خلال المثال، فالعوامل الجينية والبيئية التي تتسبب في التنوع الطبيعي في طول الأشخاص الراشدين سوف تتسبب حتماً في وجود بعض الراشدين في النهاية الدنيا للتوزيع الطبيعي (طبيعيين من ذوي القامة القصيرة)، وبالإضافة إلى هؤلاء الأشخاص فإن هناك أشخاصاً آخرين يعانون من قصر قامة بسبب حالات عضوية منها على سبيل المثال بعض المتلازمات الجينية مثل نقص نمو الغضاريف (Achondroplasia)، وهذه المجموعة التي تعاني من حالات عضوية يتصفون بقصر واضح في القامة، بالإضافة إلى الكثير من المشكلات الطبية، ويكون لدى المجموعة الطبيعية من قصار القامة الكثير من الأقارب ممن يشبهونهم في قصر القامة (حيث يشتركون معهم فى الوسط المحيط والتركيب الجيني)، بينما غالبية أقارب مجموعة قصار القامة المصابين بأمراض عضوية تكون قامتهم حول المعدل الطبيعى من حيث الطول لأنهم لا يعانون من نفس المتلازمة العضوية، ويمكن وضع حد فاصل من الطول الأقل منه يعتبر قصر القامة الشديد (وهو في الغالب عضوي)، على عكس قصر القامة المتوسط (وهو في الغالب من النوع الطبيعي)، غير أنه لا يوجد طول محدد يمكن الجزم والتمييز بدقة بين مجموعتي النوع الطبيعي والعضوي.

ويمكن اعتبار مكافئ الحد الفاصل للطول هو حد فاصل أيضاً لمعامل الذكاء، وهو يعادل معامل ذكاء يساوي 50، وكما هو موضح في الشكل (24- 1) فإن هذا الأسلوب يمكن بواسطته التعرف على نوعين متباينين نسبياً من الأشخاص، وبمقارنة حالات إعاقة التعلم العامة البسيط بالحالات الشديدة نجد أن حالات عجز التعلم الشديدة غالباً ما تكون مصحوبة باضطرابات عصبية، وقلما تكون مصحوبة بصعوبات اجتماعية، أما الحالات البسيطة فيكون معامل ذكاء المرضى أقل من معدل معامل الذكاء في أقاربهم، ومما لا يدعو للدهشة أن الحد الفاصل لمعامل الذكاء عند 50 لا يمكن بواسطته التمييز بين الحالات العضوية والأنواع الطبيعية من حالات قصر القامة، وعلى الرغم من أنه قد تفيد هذه المقارنة كنموذج للتفكير، فإن نموذج ثنائية حالات إعاقة التعلم العامة لا يجب التعامل معها بصورة حرفية: حيث إن أسباب إعاقة التعلم العامة فى كل من النوعية العضوية والطبيعية يمكن أن تكون واحدة فى كلا النوعين مع وجود مؤثر إضافي أو معاضد.

جدول (24-1): يوضح خصائص حالات عجز التعلم العام الشديدة والبسيطة (البيانات من برومان وآخرين 1987).

	حالات عجز التعلم العام الشديدة	حالات عجز التعلم العام البسيطة
يصحبها اضطرابات كبيرة للجهاز العصبي المركزي	٪72	٪14
الانتشار:		
- في المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع	٪0.4	٪0.3
- في المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض	٪0.8	٪3.3
ذكور	٪63	٪46
معدل معامل الذكاء للأشقاء	103	85

أسباب إعاقة التعلم العامة

(Causes of generalised learning disability):

(1) إعاقة التعلم العامة البسيط:

هناك إجماع على أن معظم الحالات البسيطة ناجمة عن نوع من العوامل الجينية والبيئية المتعددة التي تتحكم في معدل معامل الذكاء، وكما أن التأثير الجيني يحدث بسبب قصور في عدد كبير من الجينات لكل منها تأثير ضئيل لكنها تتجمع معاً لتؤثر في معامل الذكاء، وكذلك يمكن أن تتضمن التركيبة النفسية

والاجتماعية عوامل متعددة يؤثر كل منها بالإضافة للآخر على معامل الذكاء، ومن أمثلة التأثير السلبي للعوامل النفسية الاجتماعية غياب المؤثرات في مراحل العمر المبكرة، وعدم توفر الكتب للصغير، وعدم مبالاة الآباء بإنجازات الطفل التعليمية، والعوامل الأخرى في البيئة المحيطة مثل التعرض لمستوى منخفض من التلوث بالرصاص، والتي يمكن أن تكون عاملاً يضاف إلى الأسباب الجينية والنفسية الاجتماعية.

(2) إعاقة التعلم العامة الشديد: يتم تقسيم الأسباب العضوية التي تؤدي إلى الحالات الشديدة (وغالبية الحالات البسيطة أيضاً)، تبعاً لتوقيت بدايتها كالتالي:

أ ـ قبل الولادة:

ومن أمثلتها وجود شذوذ الصبغيات (الكروموسومات)، أو خلل في جين واحد، أو عدوى داخل الرحم، أو متلازمة الجنين الكحولي.

ب ـ حول الولادة:

ومن أمثلتها النزيف داخل البطيني في الأطفال الخدج، واليرقان الشديدة لحديثي الولادة، وعلى الرغم من أن دور المضاعفات التي تحدث أثناء الولادة قد ذُكر في المراجع القديمة، فإنها لا تُعد الآن أسباباً شائعة لإعاقة التعلم العامة، فهل يكون ذلك بسبب ما يحدث أثناء الولادة ؟.. والإجابة إنه ليس كذلك في العادة، والأكثر احتمالاً هو أن مضاعفات الولادة لا علاقة لها بالحالة، أو أنها كانت نتيجة لشذوذ موجود بالفعل في هذا الطفل قبل ولادته، وعلى ذلك فإنه تتزايد احتمالات صعوبة الولادة في الأطفال الذين لديهم مشكلات في الصبغيات أو تلف الدماغ.

ج ـ عقب الولادة:

ومن أمثلتها التهاب الدماغ والتهاب السحايا، والإصابات الناجمة عن سوء معاملة الطفل والحوادث أو التسمم الشديد بالرصاص.

ـ وقد تم مناقشة متلازمات متعددة منها:

متلازمة هشاشة صبغ (Fragile X syndrome)، ومتلازمة الجنين الكحولي

(Fetal alcohol syndrome) وذلك في الفصل الأول، وتتضمن المتلازمات الأخرى ذات العلاقة ما يلي:

ـ متلازمة داون (Down syndrome):

تصيب نحو 1 من كل 600 مولود، وتزيد مخاطر حدوثها مع تقدم سن الأم، وتمثل السبب الأكثر شيوعاً لإعاقة التعلم العامة بما يقرب من ثلث مجموع الحالات، و(95٪) منها تحدث بسبب وجود صبغ زائد في موضع كروموسوم رقم 21 ناجم عن عدم الالتصاق الذي يحدث في الأمهات كبار السن، و(4٪) بسبب انتقال وضع الصبغ والذي يحدث عائلياً، ويكون متبايناً في نسبة 1٪، وتتضمن الصفات البدنية صغر حجم الرأس، والوجه المستدير، وفتحة العين المتجهة لأعلى، وثنيات فوق العين، واللسان كبير الحجم وبه تشققات، والأذن المنخفضة، وقصر القامة، ووجود أخدود واحد براحة اليد، وتقوس بالأصابع الصغرى، ونقص التوتر العضلي، ويشيع أيضاً حدوث التشوهات والعيوب الخلقية بالقلب وبالقناة الهضمية، وتزيد احتمالات حدوث الصمم في مراحل العمر التالية، وكذلك ابيضاض الدم، ومرض ألزهايمر.

– اضطرابات الجين الأحادي (Single gene disorders):

هناك الكثير من الاضطرابات الجينية النادرة التي تتسبب في بعض الأحيان أو دائماً في إعاقة التعلم العامة، وكقاعدة عامة فإنه من المفترض أن هذه الاضطرابات هي من النوع المتنحي حتى يثبت العكس، وهناك استثناءات قليلة من هذه القاعدة مثل متلازمة ليش نيهان (Lesh-Nyhans syndrom)، ومتلازمة هنتر (Hunter syndrom)، وتعتبر اضطرابات جينية مرتبطة بالجنس، بينما تعتبر حالات التصلب الدماغي والتكاثر الليفي العصبي (Neurofibromatsis) من الحالات الوراثية السائدة.

– شذوذات الصبغيات الجنسية (Sex chromosomal anomalies):

إن الأشخاص المصابين بأنواع الخلل الشائعة مثل XO أو متلازمة تيرنر (Turner)، أو متلازمة كلنفلتر (Klienfelter)، أو متلازمات (XXX)، أو (XYY)

هم عامة يتمتعون بذكاء عادي أو أقل من المعدل على الرغم من قابليتهم للإصابة بحالات شديدة أو بسيطة من إعاقة التعلم العامة.

التقييم التشخيصي لحالات إعاقة التعلم العامة

(Diagnostic assessment of generalised learning disability):

يتم إحالة الأطفال الذين يعانون من إعاقة التعلم العامة الشديد في العادة إلى طبيب الأطفال بسبب المشكلات الطبية المصاحبة للحالة، أو بسبب بطء النمو الذي يتم ملاحظته بواسطة الآباء، أو من خلال تقييم نمو الطفل، أما الحالات البسيطة من إعاقة التعلم العامة فلا يتم ملاحظتها إلا عند حدوث صعوبات في التعلم بعد دخول المدرسة، ويحكم الآباء والمعلمون في العادة على مستوى قدرات الطفل، وحين يطلب منهم تقدير العمر العقلي للصغير يكون بوسعهم تقديره بصورة جيدة، ومع ذلك فإن المعلمين والآباء يمكن أن يجانبهم الصواب في تقدير ذكاء الأطفال، فيمكن الاعتقاد بالخطأ أن الطفل المصاب بالتوحد يعاني من إعاقة التعلم العامة الشديد، وذلك بسبب أدائه الضعيف في الاختبارات اللفظية وعدم تقديره الصحيح للأمور، في حين أن ذكاءه عادي (وتم التأكد من ذلك في اختبارات الذكاء غير اللفظية).

قد يؤدي هذا الخطأ في الحكم على الحالات إلى وضع البعض من هؤلاء الأطفال في مدارس غير ملائمة لقدراتهم، أما الخطأ الأكثر شيوعاً هو معاملة المعلمين للأطفال المصابين بإعاقة التعلم العامة البسيط على أن قدراتهم طبيعية، ولكن السبب في الأداء الضعيف لهم في الدراسة هو عدم بذل الجهد أو وجود المشكلات العاطفية أو المشكلات الاجتماعية، وبالتالي يؤدي هذا الخطأ إلى سوء التوجيه التعليمي لهذه الحالات أو الضغط عليهم، ولذلك يجب تدعيم تقارير الآباء والمعلمين بعمل اختبارات قياس نفسي رسمية، وبجانب قياس مصداقية معامل الذكاء فإن التقييم النفسي يكون مفيداً في تحديد مواطن الضعف والقوة في قدرات الطفل الذهنية، وبالنسبة للأطفال في سن المدرسة فإن كلاً من مقياس وكسلر لتقدير الذكاء (الطبعة الرابعة) [Wechsler Intelligence Scale for Children, fourth

[edition (WISC IV)، أو المقياس البريطاني للقدرة (الطبعة الثانية) [British Ability Scale, second edition ;BAS-II)] يمثل مجموعة واسعة المدى من الاختبارات اللفظية والبصرية، كما يفيد اختبار فنلاند للتوافق الوظيفي له فائدة في تقدير الأداء الاجتماعي خصوصاً في وجود أعداد كبيرة من الحالات.

وتشخيص السبب وراء إعاقة التعلم العامة يكون بناءً على ما يلي:

*(1) **تاريخ مرضي مفصل:*** مع الانتباه للتاريخ الأسري، والعدوى قبل الولادة وإدمان الأبوين للكحول.

*(2) **فحص بدني دقيق:*** خصوصاً للعلامات العصبية، والتشوهات، والعلامات الجلدية، والمتلازمات العصبية الجلدية (انظر الفصل الأول).

*(3) **فحوصات خاصة مختارة:*** خاصة بالنسبة لمتلازمة هشاشة الكروموسوم (X)، وشذوذ الصبغيات، والأمراض الأيضية (الاستقلابية).

وعلى الرغم من أن القليل من الحالات قابلة للعلاج، فإن البحث عن الأسباب له ما يبرره بالنسبة للإرشاد الوراثي، ولأن الكثير من الآباء يشعرون بالرضا لمجرد التوصل إلى تشخيص للحالة (حيث يؤدي ذلك إلى انضمامهم إلى المجموعة المناسبة لمساندة الآباء)، وفى بريطانيا يتم التشخيص والإرشاد بواسطة أطباء الأطفال أكثر مما يقوم به الآطباء النفسيون.

الوقاية من إعاقة التعلم العامة

(Prevention of generalised learning disability):

هناك الكثير من الوسائل من شأنها تقليل انتشار المتلازمات العضوية التي أحياناً، أو دائماً ما تؤدي إلى إعاقة التعلم العامة، وعليه فإن التطعيم (التمنيع) ضد

الحصبة الألمانية على نطاق واسع من شأنه منع الإصابة بها عند الولادة، وتناول حامض الفوليك مبكراً في الحمل يمكن أن يمنع حدوث متلازمة الجنين الكحولي، وتشخيص المتلازمات العضوية قبل الولادة هو أمر ممكن باستخدام اختبارات الدم، والفحص بالموجات فائقة الصوت، وأخذ عينات من السائل السلوي، ونادراً ما يوجد علاج متخصص لكل حالة، لكن الأبوين قد يفضلان اختيار إنهاء الحمل، ولقد كان من شأن التقدم في العناية بالأم والطفل حديث الولادة التقليل من تلف الدماغ المبكر، وذلك بتقليل مضاعفات الولادة المبكرة؛ والمسح الشامل لحديثي الولادة للكشف المبكر عن حالات بيلة الفنيل كيتون، وجود الجالاكتوز في الدم، ونقص الدرقية؛ مما يؤدي إلى المعالجة المبكرة لهذه الحالات قبل أن يحدث التلف الدماغي، ويمكن بالتحصين حماية الأطفال من الالتهاب السحائي، (مثل نوع ب من الأنفلونزا)، أو التهاب الدماغ (مثل السعال الديكي)، ويمكن للخطوات التي تقلل من الحوادث المنزلية، وحوادث الطرق، وسوء معاملة الأطفال أن تؤدي إلى تقليل تلف الدماغ الناجم عن هذه الإصابات.

لقد تحقق القليل من التقدم في تقليل حدوث حالات إعاقة التعلم العامة، وقد استهدفت بعض التدخلات أطفالاً لأمهات يعانين من إعاقة التعلم العامة نتيجة للحرمان الاجتماعي والابتعاد عن الآخرين، ويؤدي ذلك إلى زيادة ملموسة في معامل الذكاء والإنجاز الدراسي على المدى القريب، ويمكن لاكتساب المعلومات خلال الدراسة تدعيم هذا الإنجاز على المدى الطويل، و كما أنه لا يوجد حد زمني تصبح بعده الحالة مستعصية، فإن العوامل البيئية أيضاً تظل ضرورية حتى بعد استخدام أي نوع من أنواع المعالجة، ومن المهم رغم ذلك عدم المبالغة في تقدير تأثير العوامل البيئية، وفي إحدى الدراسات تم مقارنة التربية بواسطة آباء من مستويات اجتماعية واقتصادية عالية المستوى مع أخرى متدنية، وتم تسجيل فروق في معامل الذكاء بلغت 12 نقطة، والأثر الدائم والكبير لهذا العامل البيئي يفوق الإنجاز الذي تحققه أي من برامج التدخلات العلاجية الأخرى.

إجراءات تقديم الخدمات للأطفال المصابين بعجز التعلم العام:

تهدف الخدمات التي يتم تقديمها لهذه الحالات إلى الرغبة المتزايدة في «جعل حياتهم طبيعية»، أي الرقي بحياتهم بحيث تسير على نحو معتاد في المجتمع بقدر الإمكان شأنهم شأن المحيطين بهم.

الإجراءات الاجتماعية (Social Provision):

ينمو الصغار بصورة أفضل في نطاق الأسرة، وفي هذه الأيام يعيش معظم الأطفال الذين يشكون من حالات إعاقة التعلم العامة مع أسرهم الطبيعية، وقد يكون ذلك إيجابياً بالنسبة للآباء والإخوة، لكن ذلك يمثل عبئاً حقيقياً في رعايتهم خاصة إذا كانت حالة إعاقة التعلم العامة شديدة، غير أن هذا العبء قد يصبح أيسراً إذا ما تم تقديم الدعم والمساندة مثل منح العلاوة المادية للعجز والرعاية (والتي يتم ترتيبها في العادة بواسطة الخدمات الاجتماعية)، واذا كانت قدرات الأسرة لا يمكنها تحمل رعاية هذه الحالات حتى مع المساعدة الاجتماعية، فإن وضع هؤلاء الأطفال مع أسر بديلة يكون أمراً مرغوباً منه إما بالتبني أو الإقامة طويلة الأمد، ونادراً ما تتطلب حالة الصغير الإيداع لدى دور الرعاية الخاصة.

الإجراءات التعليمية (Eductional Provision):

بالنظر إلى الذين يعانون من صعوبات التعلم فإنه يتم وضع الأطفال في الكثير من البلدان وفقاً لدرجة وشدة صعوبة التعلم لديهم كل في التعليم الملائم له. ولا يوجد طفل يتم حرمانه من التعليم المدرسي مطلقاً على أساس أنه «غير قابل للتعلم، وهناك اتجاهاً متزايداً لقبول الأطفال من الحالات البسيطة من إعاقة التعلم العامة مع تقديم العون لهم في التعليم بالمدارس العادية، أما الأطفال من الحالات الشديدة فإن حاجتهم أكبر للتعليم في مدارس خاصة، أو وحدات مستقلة داخل

المدارس العادية، ويمكن للتقارير الصادرة من الأطباء وغيرهم من المهنيين الصحيين مساعدة الجهات التعليمية في التعرف على الاحتياجات الخاصة وتقديم الخدمات طبقاً لذلك.

الإجراءات الطبية (Medical Provision):

تتضمن الرعاية الطبية الملائمة بصفة عامة العرض على طبيب الأسرة وفريق طب الأطفال المتواجد في مركز رعاية الطفل، وأما انضمام خدمات الصحة النفسية للطفل فلا يعتبر ضرورياً، رغم أنه يساعد على وضع أفضل بالنسبة لحالات إعاقة التعلم العامة الذين يعانون في نفس الوقت من اضطراب نفسي مصاحب للحالة.

اضطرابات الأطفال النفسية في حالات إعاقة التعلم العامة (Psychiatric Disorders in children with generalised learning disability):

يتم تصنيف كلّ من إعاقة التعلم العامة والاضطرابات النفسية في المخططات متعددة المحاور لكل من التصنيف الدولي للأمراض(ICD 10) والدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) على محاور منفصلة (انظر الفصل الثاني). وبينما لا تُعتبر إعاقة التعلم العامة اضطراباً نفسياً فإنه يعتبر عامل اختطار قوي للإصابة بالاضطرابات النفسية فيعاني تقريباً، 1/3 الأطفال المصابون بإعاقة التعلم العامة البسيط من اضطرابات نفسية، وبالمثل يعاني الأطفال المصابين بإعاقة التعلم العامة من هذه الاضطرابات، ونعتبر توليفة إعاقة التعلم العامة والاضطرابات النفسية المصاحبة لها مصدر ضغط للأسر، حيث يجد الكثيرون منهم صعوبة في التعايش مع الاضطرابات النفسية أكثر من المشكلات الناشئة عن إعاقة التعلم العامة. فالمشكلات النفسية هي أكثر أسباب انهيار الأسرة!!

نوع الاضطراب النفسي (Type of psychiatric disorder):

يتواجد نفس الخليط من الأمراض النفسية الذي نراه في الأطفال الذين لا

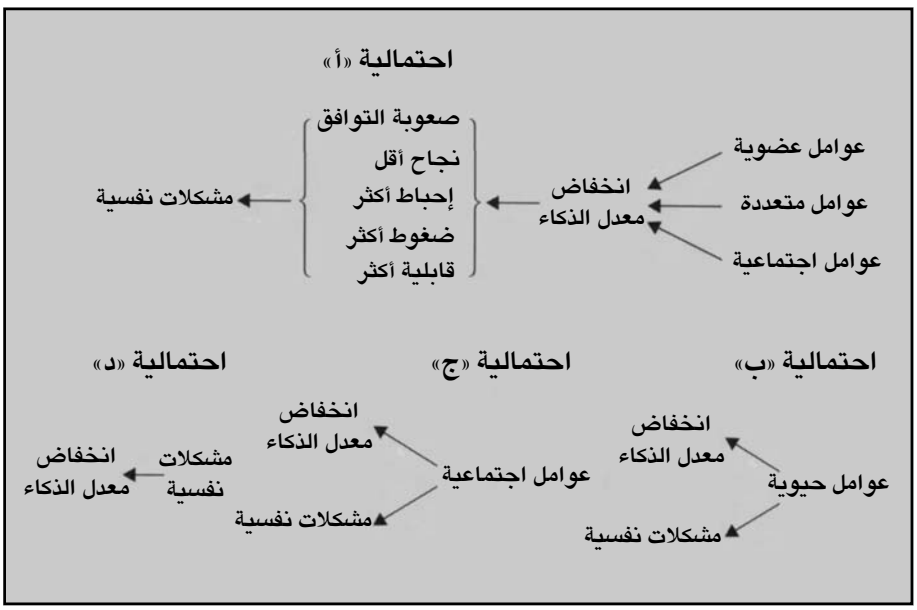
يعانون من إعاقة التعلم العامة في أقرانهم من الأطفال الذين يعانون من هذا المرض، والذي تهيمن عليه الاضطرابات الانفعالية، والسلوكية، وفرط النشاط.وهذا الخليط من الأمراض النفسية أكثر جلاء في حالات إعاقة التعلم العامة الشديدة، وهكذا فإنه على الرغم من أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والحركية المفرطة لا تزال شائعة، تشيع أيضاً اضطرابات طيف التوحد (انظر الفصل الرابع)، وتم رصد قلة ليست بالقليلة من الأطفال المصابين بإعاقة التعلم العامة الشديدة يعانون من العزلة الاجتماعية، أو يكوّنون علاقات غريبة بالآخرين، ويتدهور عندهم نوع اللعب المعتمد على التخيل خاصة، ويمكن أن تكون النمطية (تكرار رتيب للأعمال والألفاظ) واضحة عندهم، قد تزيد بالملل، أو العزلة، أو العمى، أو الصمم أحياناً، ويحدث فرط النشاط منفصلاً وأحياناً مصاحباً بملامح توحدية أو نمطية بسيطة

ومن المتلازمات السلوكية الأخرى المنتشرة خاصة في حالات إعاقة التعلم العامة، إيذاء النفس مثل وكز العين، أو ضرب الرأس أو عض اليد. وهذه الاضطرابات لها مكون وظيفي متغير من فرد لآخر، وعلى هذا فبالنسبة للأفراد المختلفين فإن إيذاء النفس يمكن أن يقلل الملل، أو أن يثير الاهتمام، أو أن يصرف الاهتمام غير المرغوب فيه. ويشيع أيضاً في حالات إعاقة التعلم العامة صعوبات في اكتساب مهارات مساعدة النفس (مثل الأكل، والتخلص من الفضلات، و ارتداء الملابس) بالإضافة إلى مشكلات النوم.

أنماط سلوكية خاصة (Specific behavioural patterns):

يترافق بعض من الأسباب العضوية لإعاقة التعلم العامة مع أنماط خاصة من المشكلات النفسية، وعلى سبيل المثال، فإن متلازمة ليش نيهان (Lesch Nyhan syndrome) تؤدي إلى أعراض إيذاء الذات أكثر من أي اضطراب عضوي آخر يؤدي إلى انخفاض مماثل في معامل الذكاء، وحين تكون المتلازمة العضوية من النوع الجيني أو الصبغي، فإن الخصائص السلوكية يشار إليها على أنها اضطراب وراثي سلوكي، وتتضمن الأمثلة الأخرى حالات القلق الاجتماعي وتلافي المواجهة بالعين الذي يحدث في متلازمة هشاشة الكروموسوم (X)، وزيادة تناول الطعام دون إشباع في حالات متلازمة برادر ويلي

(Prader-Willi syndrome)، ويمكن أن يكون للمتلازمات غير الجينية مظاهر سلوكية مصاحبة، وهذه أيضاً يمكن الإشارة لها على أنها اضطراب سلوكي غير وراثي، وعلى ذلك فإن الحصبة الألمانية (Rubella) الولادية تكون مصحوبة بأعراض توحدية بينما يصحب متلازمة الجنين الكحولي حالة من فرط النشاط، ويعرض الشكل (24-1): أربعة من المسارات المحتملة للأسباب التي يمكن أن تكون وراء العلاقة بين عجز التعلم العام والاضطرابات النفسية، ويعرض الشكل (24-1) أربعة من المسارات المحتملة للأسباب التي يمكن أن تكون وراء العلاقة بين عجز التعلم العام والاضطرابات النفسية.



الشكل رقم (24-1): لماذا يتلازم كلاً من الإعاقات التعليمية العامة والاضطراب النفسي؟

وفيما يتعلق ببعض الاضطرابات النفسية فإن الدلائل تؤكد احتمال «ب»، وهو أن العوامل البيولوجية التي تسبب إعاقة التعلم العامة تتسبب بصورة مستقلة في المشكلات النفسية، مثال ذلك التوحد فإن الطفل الذي لديه معامل ذكاء 40 ويعاني من التصلب الحَدَبّي تزيد مخاطر إصابته بالتوحد، بينما الطفل الذي لديه معامل ذكاء 40 أيضاً ويعاني من الشلل الدماغي فإن مخاطر إصابته بالتوحد أقل كثيراً،

وعلى ذلك فإن معامل الذكاء في حد ذاته لا يمكن أن يكون العامل المحدد للحالة. ويعود الاختلاف هنا إلى التغييرات البيولوجية المرتبطة بكل نوع من الاضطرابات العضوية.

فيما يتعلق ببعض الاضطرابات النفسية الأخرى، فإن احتمال «أ»، وهو أن انخفاض معامل الذكاء لأي سبب يكون العامل الذي يهيء لإصابة الطفل بالمشكلات النفسية، ومن المؤكد أن تدني الذكاء والتحصيل الدراسي يؤثر على تقدير الذات للطفل بسبب تعرضه للمضايقات من أقرانه، وبالإضافة إلى ذلك فإن الطفل قليل الذكاء يجد صعوبة في التغلب على الضغوط المعتادة التي يتعرض لها ويكون عرضة للاضطرابات بسبب هذه الضغوط، وبناءً على كل هذه الأسباب فإن الذكاء المنخفض يمكن يؤدي إلى مزيد من القلق والبؤس والغضب، وفي حالة اضطراب السلوك، فإن احتمال «أ» يسانده الارتباط بين الذكاء والاضطراب في علاقة بيانية، ويصاحب الذكاء المنخفض نسبياً في مدى معتاد لمعامل الذكاء المعتاد وجود اضطراب سلوكي حتى إذا كانت الخلفية الاقتصادية الاجتماعية معتدلة، ويمكن أن يكون المعدل العالي لحدوث الاضطرابات السلوكية والتحدي المستمر الذي يصاحب إعاقة التعلم العامة هو امتداد هذا الاتجاه، وعلى ذلك فإن أي سبب لانخفاض معامل الذكاء سواء كان عضوياً أو وراثياً أو اجتماعياً يزيد من مخاطر حدوث الاضطرابات السلوكية.

هناك دلائل أقل تؤيد كلاً من الاحتمالين الآخرين لتفسير العلاقة بين إعاقة التعلم العامة والمشكلات النفسية، وتختلف العوامل الاجتماعية غير المواتية التي تؤدي إلى انخفاض معامل الذكاء عن العوامل الاجتماعية التي تؤدي إلى مخاطر الإصابة بالاضطرابات النفسية، «وهذا يتنافى مع احتمال ج »، وفي النهاية فإنه رغم تداخل المشكلات النفسية مع الأداء الدراسي إلا أنه في العادة لا تؤدي إلى نقص في قياس معامل الذكاء «وهذا يتنافى مع احتمال د».

المعالجة (Treatment):

يختلف علاج الاضطرابات النفسية في الأطفال الذين يعانون من إعاقة التعلم العامة عن أقرانهم ممن يعانون من الاضطرابات النفسية من حيث التركيز على أمور معينة وليس في القواعد العامة للمعالجة، وللعلاج السلوكي قيمة خاصة في بناء

المهارات الذاتية والحد من السلوكيات غير المرغوبة مثل إيذاء النفس والحركات التكرارية النمطية والاستيقاظ ليلاً، ولكي يكون العلاج السلوكي فعالاً يجب أن يتم تفصيله بدقة لكل حالة حسب متطلبات كل طفل، وعلى سبيل المثال فيما يتعلق بسلوك إيذاء الذات يتم توجيه النصح بإهمال الطفل أثناء تلك النوبات حيث يكون ذلك هو التصرف الأمثل حين يستغل الطفل هذا السلوك؛ لجذب مزيد من الانتباه، في حين أن ذلك من شانه أن يزيد من سلوك إيذاء الذات إذا كان الطفل يقوم بذلك لمنع الاهتمام الزائد به، وبالإضافة إلى العلاج السلوكي فإن أنواعاً أخرى متعددة من طرق العلاج يمكن استخدامها مثل علاج الأسرة، والعلاج المعرفي، والعلاج النفسي المساند «ويعتمد ذلك على طبيعة المشكلة وعمر الطفل ومستواه المعرفي».

ويبقى دور الأدوية في معالجة المشكلات النفسية المصاحبة لإعاقة التعلم العامة مسألة مثيرة للجدل، وعلى المدى القصير، فإن الأدوية المؤثرة على الجهاز العصبي تؤدي إلى تقليل العدوان؛ مما يجعل استخدامها مفيداً في حالات الطوارئ، غير أن المزايا الناجمة عن استخدامها لا تستمر طويلاً، ويتم في العادة زيادة الجرعة لتحقيق نتائج أخرى مؤقتة، وإذا لم يتم كبح هذا الاتجاه فإن جرعات الدواء تتزايد تدريجياً حتى نصل إلى وضع الحالة على علاج دوائي عالي الجرعات لفترات طويلة مع كل ما يتضمنه ذلك من أضرار «انظر الفصل الرابع والثلاثين»، ويتضح مدى عدم جدوى العلاج الدوائي فيما بعد حين يتم التوقف عنه حيث يعود سلوك العدوان إلى الظهور وتعود الأعراض إلى حالتها الأولى، وكقاعدة عامة فإن الاضطراب السلوكي يتطلب معالجة نفسية واجتماعية أكثر من المعالجة باستخدام الأدوية، ورغم هذا التحفظ فإن الدواء يمكن استخدامه عند الحاجة في بعض الأوقات، فاستخدام جرعات من الأدوية المؤثرة على الجهاز العصبي يمكن في بعض الأحيان أن يؤدي إلى تقليل الحركات التكرارية، وفرط النشاط، وإيذاء النفس، والقلق، وذلك بصفة خاصة في المراهقين الذين يعانون من إعاقة التعلم العامة وعلامات التوحد، وقد يؤدي استخدام الأدوية المنبهة إلى تحسن في حالات الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط وممن لديهم معامل ذكاء حول 40 أو أكثر، لكنها نادراً ما تعمل في الأطفال الذين يقل معامل ذكائهم عن ذلك، ويمكن أن يؤدي استخدام الأدوية المنبهة إلى تفاقم سلوكيات التكرار والطقوس المصاحبة لها.

الفصل الخامس والعشرون

اضطرابات الدماغ

Brain disorders

وضع الفصل السابق في الاعتبار المضاعفات النفسية المصاحبة لحالات عجز التعلم العام، سواء في وجود أو عدم وجود الاضطرابات الدماغية المعروفة. ويهتم هذا الفصل أساساً بالآثار النفسية لاضطرابات الدماغ على الأشخاص غير المصابين بحالات عجز التعلم العام .

عامل اختطار نادر نسبياً

(A relatively rare risk factor):

يندر حدوث اضطرابات الدماغ الواضحة في الطفولة، فمثلاً يصاب حوالي (0.5٪) من الأطفال بالصرع و(0.2٪) بالشلل الدماغي، وتؤكد البراهين الحديثة بأن هذه الاضطرابات لا تنجم عادة من المضاعفات الحادثة خلال الولادة، كما كان يعتقد سابقاً، لكنها تنتج عن عوامل وراثية، والأمراض التي تكون قبل وحول وبعد الولادة.

هناك موافقة محدودة على النظرية التي يُطلق عليها (استمرار مصيبة الولادة) إذ تشير هذه النظرية بأنه، بينما تؤدي المضاعفات الحادثة للأم أو حديث الولادة إلى الموت، فإن الشلل الدماغي وحالات عجز التعلم العام ومضاعفات الولادة المعتدلة غالباً ما تؤدي إلى فرط النشاط، والمشكلات التعليمية الخاصة، أو حماقة وأفعال هوجاء غالباً ما يشار لها «بتلف الدماغ الأدنى» (Minimal brain damage).

وحيث إن أطفال البيئات المحرومة اجتماعياً يكونون أكثر عرضة للإصابة بمضاعفات أثناء الولادة، فإنه قد تم القيام برصد الخلفية الاجتماعية كأمر جوهري عند فحص التأثير المحتمل لهذه المضاعفات.

بإجراء ذلك أشارت معظم الدراسات بأن المضاعفات أثناء الولادة، وبعدها مباشرة نادراً ما تسبب مشكلات نفسية في الأطفال غير المصابين باضطرابات دماغية واضحة. ويستثني من هذه القاعدة قلة الانتباه والصعوبات الاجتماعية التي تلاحظ في الأطفال المعافين عصبياً من الوجهة العصبية والذين ولدوا ووزنهم أقل من (1500) جرام، وتحدث هذه الصعوبات كنتيجة للنضج قبل الأوان. وقد يعاني الأطفال المبتسرون من زيادة القابلية لتلف المادة البيضاء المجاورة للبطين، والذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى مشكلات في الانتباه في غياب الصعوبات العصبية الواضحة، وهو تأثير يفسر جزئياً فقط بانخفاض معامل الذكاء (IQ) المتوسط.

عامل اختطار قوي للغاية

(An extremely powerful risk factor):

تتحول اضطرابات الدماغ الواضحة إلى عوامل اختطار قوية تهدد بحدوث المشكلات النفسية للطفل، ويكون لها تأثيراً بعيداً شديداً بغض النظر عن الاضطرابات البدنية الأخرى المصاحبة. وهذا يتضح جيداً من البيانات الوبائية التي تم رصدها في الدراسة الخاصة بالتحليل النفسي ـ العصبي في جزيرة ويت الشكل (25-1).

إن المعدل العالي للمشكلات النفسية المصحوبة بتلف الدماغ لا يمكن تفسيره ببساطة بسبب وجود درجة من العجز أو الوصم، فهناك برهان مقنع بوجود ارتباط مباشر بين الدماغ ـ السلوك.

الطفل يعاني من:	النسبة المئوية للاضطراب النفسي (٪)
لا وجود للاضطرابات البدنية	7
اضطراب بدني ليس له تأثير على الدماغ	12
الصرع ذاتي العلة (مجهول السبب)	29
الشلل الدماغي والاضطرابات المصاحبة إذا كان معامل الذكاء > 50	44

الشكل رقم (25-1): الدراسة الخاصة بالتحليل العصبي ـ النفسي في جزيرة ويت مأخوذ بتصريح من (Rutter et al., 1970)

عانى أكثر من نصف العينة الوبائية الكبيرة من الأطفال ذوي الشلل الدماغي الفالج، ومن كان عندهم اضطرابات نفسانية، مما يجعله أمراً مدهشاً حقاً، وبرغم حقيقة أن العجز البدني لديهم كان بسيطاً كما كان معظمهم من ذوي الذكاء العادي ويذهبون لمدارس تقليدية. وهناك مثال آخر عن أهمية العوامل العصبية فقد كشف مسح وبائي حديث عن الصحة العقلية للطفل البريطاني أن الأطفال ذوا المشكلات النمائية العصبية يشكلون نحو (3٪) فقط من مجموع السكان، لكن حوالي(15٪) من الأطفال عانوا من الاضطرابات النفسية.

مِن أكثر عرضة لاختطار الاضطرابات النفسية؟
At risk for which psychiatric disorders?

تشابه المشكلات النفسية للأطفال ذوي الاضطرابات الدماغية مثيلاتها في الأطفال الآخرين تقريباً، فالاضطرابات الانفعالية والسلوكية هي المشكلات المشتركة للصحة العقلية في كلتا الجماعتين. ولا توجد متلازمة لتلف الدماغ فقط. وعند تجاوز هذا التقريب الأولي نجد أمامنا بعض الاختلافات في التفاصيل. وبالرغم من كون الاضطرابات النفسية أكثر شيوعاً في الأطفال ذوي المشكلات العصبية، فإن اضطرابات فرط النشاط والتوحد تبدو وكأنها بشكل خاص تزداد في معدلات

حدوثها مع الاضطرابات الدماغية العضوية، فمثلاً في دراسة (جزيرة ويت Isle of wight)، شكلت حالات فرط النشاط نحو (19٪) من الاضطرابات النفسية بين أطفال مصابين بالشلل الدماغي بينما وصلت نسبتها 1٪ فقط من الاضطرابات النفسية بين أطفال معافين من الناحية العصبية.

ويعلق كثير من الآباء والمعلمين غالباً على سرعة الإثارة والعناد والتحدي الذي يصيب الأطفال ذوا الاضطرابات الدماغية، حيث تظهر واضحة ويبررها التشخيص العضوي، إنه من غير المعتاد نسبياً أن تظهر على هؤلاء الأطفال السلوكيات المضادة للمجتمع بشكل خطير، والملامح المميزة تتمثل في اضطرابات التصرف الشديدة والقلق وسرعة الاستثارة، والتي قد يفضيان إلى نوبات متفجرة من الغضب أو الكرب، وقد يصبح الأطفال ذوو المشكلات العصبية مجهدين ومثارين عند مواجهة طلبات يصعب عليهم تلبيتها. ويرجع حدوث هذه التعرضية إلى أسباب سلوكية أكثر منها صرعية بالرغم من أن الاحتمال الأخير قد يكون ممكناً، ولاسيما لو كانت الأحداث العرضية غير مستفزة تماماً، أو كانت مصحوبة بمؤشرات أخرى للصرع مثل الوعي المتغير أو الحاجة للمزيد من النوم.

قد تحدث بعض الاضطرابات العصبية مصحوبة بمشكلات نفسية ذات اختطار عالي، مثل رَقَصَ سيدنهام (Sydenham chorea)، والذي ارتبط بمعدل عالي لحدوث اضطراب الوسواس القهري. وتصبح بعض العواقب السلوكية لاضطرابات الدماغ في الطفولة فقط واضحة في البلوغ، مثلاً يرتفع معدل حدوث الفصام الذي يحدث في البلوغ في أشخاص يعانون من تطورات شاذة فى الفصوص الصدغية، وتشير بعض الادلة السائدة بأن هناك احتمال لحدوث عواقب نفسية عند الإصابة بآفات على الجانب الأيمن والأيسر من الدماغ، ولم تكشف الدراسات عن الإصابات المؤكدة في الطفولة وموقع أو زمن الإصابة، أو معدل أو نوع المشكلة النفسية.

التفاعل مع عوامل الاختطار الأخرى
(Interaction with other risk factors):

إن الإصابة باضطراب دماغي لا يجعل الأطفال عامة في مناعة من الآثار

المعاكسة الخاصة بعوامل الاختطار النفسية العادية، مثل التعرض للمشكلات والخلافات الزوجية، وهناك جدل متواصل عما إذا كان الأطفال ذوو الاضطرابات الدماغية تعرضوا لعوامل الخطر العادية، أو أنه مجرد زيادة قابلية حدوث هذه الاضطرابات.

روابط وسيطة (Mediating links):

هناك عدة روابط وسيطة محتملة بين اضطرابات السلوك والدماغ، وبالرغم من أن الأهمية النسبية للروابط المختلفة تبقى ثابتة. وفي بعض الحالات، فقد تكون الرابطة مباشرة نسبياً، مثلاً، يؤدي التوحد بكل بساطة لحدوث تلفاً في أجهزة المخ المعنية بالاتصالات والتفاعل الاجتماعي. وفي حالات أخرى، تلعب العوامل النفسية ـ الاجتماعية مثل صورة الذات المتدنية، وتوقعات العائلة غير المنطقية، أو رفض الأقران، دوراً هاماً أيضاً في هذا الصدد.

وتعد مشكلات التعلم الخاصة ومعامل الذكاء الأقل من المتوسط، نتائج شائعة ومشتركة لحدوث شذوذات الدماغ. وعند تواجدها، فإن هذه الاضطرابات تثقل وتزيد من توتر الطفل، وخاصة إذا لم تتوفر لهم احتياجاتهم التربوية الخاصة أو تستوفي «كما هو الحال الشائع». وقد يساهم أيضاً علاج الاضطرابات البدنية في حدوث المشكلات النفسية. فمثلاً قد يؤدي استخدام العلاج المضاد للصرع إلى عواقب نفسية معاكسة، وقد يؤدي العلاج الطبيعي إلى حدوث الامتعاض بسبب ضياع وقت اللعب، فضلاً عن أن الحجز في المستشفيات ودخولها المتكرر قد يمزق التفاعل والألفة بين أفراد الأسرة الواحدة.

المآل المرضي (Prognosis):

هل التكهن بالاضطراب النفسي يكون أسوأ لو كان الطفل مصاباً أيضاً باضطراب دماغي؟ إن هذا ما يفترضه الطبيب العام والآباء غالباً، وقد تساهم هذه النزعة التشاؤمية في حد ذاتها في زيادة حدوث هذه الاضطرابات بسبب وجود توقعات منخفضة عن شفاء المريض واستخدام العلاجات الناقصة والصورة غير الحماسية في علاج الطفل، والدليل على هذا الفرض محدود جداً حالياً، غير أنه من

المفضل العمل على بث الافتراض المتفائل بأن يؤكد للأسرة على أن التكهن بالاضطراب النفسي مستقل عن وجود أو غياب المشكلات العصبية المتزامنة وخاصة أن عائلات الأطفال ذوي الاضطرابات الدماغية غالباً ما يتقبلوا النصيحة المهنية المتخصصة، وقد يكون من الأسهل مساعدتهم وإقناعهم أكثر من الأسرة العادية أثناء ترددهم على الخدمات الصحية العقلية للأطفال.

المعالجة (Treatment):

بوجه عام، يجب علاج المشكلات النفسية للأطفال ذوي الاضطرابات الدماغية بطرقة مماثلة لعلاج المشكلات النفسية للأطفال المعافين عصبياً، فالعلاجات البيولوجية ليست أكثر أو أقل نفعاً عما هو الحال في الممارسة النفسية العادية. ومع ذلك، ذكر أن العلاج ضد الصرع قد يكون له آثار سلوكية، وبذلك فإن التغيير في الجرعة أو النوع قد يكون مساعداً أحياناً. فالفرد والأسرة والعلاجات السلوكية القائمة في المدرسة يمكن أن تنفع، إذ يتم مساعدة الآباء على إدراك أن مشكلات أطفالهم هي مجرد عواقب شائعة للتلف العصبي: وبذلك يمكن تحويل الطاقة المهدرة في لوم الذات إلى قنوات أكثر فاعلية وإفادة. وبالمثل، فتكوين جماعات المساعدة الذاتية من أولياء الأمور للأطفال ذوي نفس الاضطراب يقلل شعور الأسرة بالعزلة والعجز. كما أن التقييم العصبي لقوى الطفل الإدراكية وعجزه قد يعطينا خلفية جيدة تصبح بمثابة أساس لتقديم النصيحة للمدرسة والسلطة التعليمية إذ تتحسن المشكلات السلوكية والانفعالية بشكل هائل عندما يتم تسليط الضوء على المشكلات غير الإدراكية للتعلم بشكل نهائي والاختيار بين تقديم مساعدة أكثر في مدرسة تقليدية أو بالنقل إلى مدرسة خاصة.

بعض النقاط الخاصة بالروابط المحددة ما بين الدماغ والسلوك: (Some specific points about particular brain-behaviour links):

1 ـ يعاني الأطفال ذوو اضطرابات المخ العضوية من مجموعة من اضطرابات العته

النادرة مع فقد المهارات الثابتة و الإصابة بشذوذات سلوكية وعاطفية إضافية متنوعة. وبالرغم من إمكانية تطابق أعراض العته المبكر مع أعراض المشكلات النفسية الاجتماعية الخالصة «مثل الشذوذ الجنسي»، ويجب الأخذ في الاعتبار أن اضطراب العته في أي طفل يظهر عادة على شكل نقص في المهارات أو انعدامها. إن الفحص البدني الكامل يكون لازماً، ويمكن الإشارة إلى فحوص خاصة. ووجود الضغوط النفسية الاجتماعية لا يستبعد وجود اضطراباً عضوياً مصاحباً، «أي: طفل تعرض لحادث اعتداء جنسي، أو تتعاطى أمه المخدرات، قد يصاب بڤيروس الإيدز بالدماغ».

2 ـ نوبات الفص الجبهي يساء تشخيصها بسهولة كأنها نوبات كاذبة: فحركات الطفل والأوضاع والنطق قد تكون غير عادية، قد تكون الأحداث العرضية قصيرة، وقد يكون التوقف فجائي مع عودة فورية للاستجابة، وقد لا تكون رسومات المخ الكهربية مفيدة. أما المراقبة المزدوجة بالفيديو ورسم المخ الكهربي، فقد تكون مفيدة جداً.

3 ـ ليس واضحاً تماماً إن كانت لإصابات الدماغ المعتدلة «وهي كثيرة الانتشار في الأطفال» مترتبات نفسية مناوئة. إنه من الواضح أن العواقب الإدراكية والنفسية الخطيرة شائعة بعد إصابات الرأس الشديدة، مثلاً بعد إصابات المخ المغلقة الناجم عنها فقدان الذاكرة بعد الإصابة بأسبوعين على الأقل، وتقريباً فنصف الناجين منها تظهر عليهم اضطرابات نفسية، ولاسيما لو كان عندهم مشكلات سلوكية أو عاطفية طفيفة قبل إصابة الرأس، أو لو تعرضوا لنكبات مثل اكتئاب الأم، أو الازدحام الزائد.

إن خطر الاضطراب النفسي لا يرتبط بسن أو جنس أو مكان الإصابة، وبالرغم من إن الاضطرابات النفسية التي تعقب إصابة الدماغ الشديدة تشتمل على أنواع المشكلات العاطفية والسلوكية، والتي تسود الممارسة النفسية للطفل العادي، فإن إصابة الدماغ المغلقة ينتج عنها أحياناً أعراض التحرر «كف الكبح الاجتماعي، والذي يشبه عرض الفص الأمامي للبالغين».

الفصل السادس والعشرون

اضطرابات اللغة

Language Disorders

ترتبط اختلالات اللغة النوعية بزيادة معدلات المشكلات النفسية للطفل. وهذا ليس مدهشاً، لثلاثة أسباب:

أولاً: قد يكون لاختلالات اللغة والمشكلات النفسية أحياناً منشأ مشترك يرجع إلى شذوذات المخ والتي قد تتداخل مع «الوظائف العليا».

ثانياً: اللغة تسود حياتنا، فهي أداة قوية للفكر وحل المشكلات؛ لأنها وسيلتنا الأساسية للحصول على ما نريد من الآخرين، وتلعب دوراً هاماً في «التماسك الاجتماعي»، حيث نجد المحادثة البشرية تعمل بالأحرى مثل الإشارات المتبادلة بين قردة الشمبانزي، وبناءً عليه فإن اختلالات اللغة يحتمل أن تكون محبطة ومسببة للعزلة، وأخيراً فإن نفس الاضطراب الخاص بالاتصال الاجتماعي قد يترجم على أنه مشكلة لغوية من قِبَل أخصائي معالجة لغوية، أو كمشكلة نفسية من قِبَل أخصائي صحة عقلية، مثل عالم النبات أو تاجر الأخشاب أو الفنان كل منهم يرى في الشجرة رؤيته الخاصة.

الوبائيات (Epidemiology):

إن التقديرات الخاصة بانتشار الاختلال اللغوي الخاص تكشف بشكل واسع عن التناقضات التي يتضمنها التعريف المستخدم. ففي إحد الأطراف، نجد أن الاضطرابات الشديدة والمستمرة والتي ينجم عنها اختلال اجتماعي جوهري وتحدث في الأطفال ذوي الذكاء الطبيعي، تكون نادرة الحدوث وتصل نسبة انتشارها أقل من (0.1٪)، وفي الطرف المقابل، نجد أن انتشار الاضطرابات اللغوية العامة قد تصل إلى (15-25٪)، ونجد أن كثيراً من هؤلاء الأطفال يعانون من تأخيرات بسيطة نسبياً في اللغة أو مشكلات في النطق ينجم عنها اختلال قليل أو

منعدم ويتم الشفاء دون علاج، وبين الطرفين، قد تُرصد مشكلات لغوية هامة تصيب حوالي (1-5٪) من تلاميذ المدارس، وتزداد نسبة حدوث الاضطرابات اللغوية في الذكور حيث تكون النسبة متنوعة (اثنين أو ثلاثة أولاد مقابل كل فتاة مصابة).

أنواع الاضطرابات اللغوية
(Varieties of language disorders):

تتأثر اللغة بمكوناتها المختلفة باضطرابات متنوعة تحدث أثناء مراحل تطور اللغة (انظر الشكل 26-1) وتشمل هذه الاضطرابات:

1 ـ اضطرابات لغوية في النطق النحوي: تشمل مشكلات في البناء وليس المحتوى اللغوي، فالطفل يريد التخاطب ويقول أشياء مناسبة، لكن هناك مشكلات في اللفظ أو الترتيب النحوي للجملة أو كلاهما.

ـ **فونولوجيا (النطقيات)/ التلفظ:** يشير إلى تجويد الأصوات.

ـ **العَروض (Prosdy):** يشير إلى التعبير عن فهم هذه الأوجه من التخاطب التي تصل إلى المستمع بمعرفة نغمة الصوت والتصريف.

ـ **الإعراب (Syntax):** يشير إلى الإنتاج وفهم الجمل السليمة من الناحية النحوية.

ـ **علم المعاني (Semantics):** يشير إلى القدرة على تشفير المعنى إلى كلمات وفك شفرة المعنى إلى كلمات

ـ **البراجماتية (الذرائعية):** يشير إلى القدرة على استخدام وفك شفرة اللغة بطريقة مناسبة للسياق الاجتماعي ـ بين الأشخاص والمتسع في مداه، مثلاً الاقتراب من معرفة السياق لفهم الرسالة الضمنية وليست الصريحة في الكلمات نفسها.

الشكل رقم (26-1): مكونات اللغة المختلفة

ويعاني بعض الأطفال من مشكلات لفظية بحتة بدون أي مشكلات لغوية أخرى، إن التأخير أو الانحراف في إنتاج الصوت الكلامي يجعل هؤلاء الأطفال يعانون كثيراً فيجدوا صعوبة في الفهم، وقد يؤدي إلى تعرضهم للاستفزاز ممن

حولهم وفي حالة الاضطراب اللغوي التعبيري. يتطور الكلام متأخراً وتكون التراكيب الإعرابية متأخرة عدة سنوات، أما بالنسبة لمستوى العمر فيكون التلفظ معيباً غالباً والفهم ضمن الحدود الطبيعية. أما اضطراب اللغة الاستقبالي «سمعاً وقراءة» فهو نادر، ويشمل دائماً مزيجاً من المشكلات المتعلقة بفهم اللغة، والتلفظ والتعبير اللغوي.

2 ـ **الاضطراب الدلالي ـ الذرائعي في (المغزى والسياق)**: يشير إلى مجموعة من المشكلات المعروفة والمحددة حديثاً، والتي تختص باستعمال اللغة ومحتواها وليس بالشكل اللغوي، وفي الحالات النمطية، يكون التلفظ والإعراب طبيعيين ويؤدي الطفل بشكل جيد في الاختبارات الرئيسية للغة، لكن يعاني من مشكلات في المحادثة اليومية أو الفهم العادي، مما يجعل الآباء والمدرسين غير قادرين على نقل المعنى للطفل، إن الفهم يكون حرفياً جداً ويفشل الطفل في استخدام معرفة السياق ليخرج بمعنى مما يقال. إن محاولات الطفل الشخصية لتفسير مغزى الأشياء أو رواية قصة تكون غير ناجحة إذ تفوته التفاصيل الرئيسية أو يفشل في تأسيس وبناء الرواية في تسلسل مترابط.

إن حديث الطفل قد يسوده حوارات أحادية «مونولوجات» غير مترابطة أو التساؤلات المتكررة، وتكون الاختلالات العروضية شائعة، مثل النفحة الرتيبة للصوت أو التصريف اللغوي الشاذ.

إن العلاقة بين حدوث الاضطراب «الدلالي ـ الذرائعي» أي المغزى ووجود اضطرابات الطيف التوحدي غير مؤكدة. ولا شك أن أطفالاً كثيرين مصابون باضطراب اللغة الذرائعي، ويستوفون المعايير التشخيصية لداء التوحد للطفولة أو متزامنة اسبرجر [حيث يكون اضطراب اللغة هو اضطراب اجتماعي مصاحب، وقد يكون هناك بعض الأطفال يعانون من الاضطراب «الدلالي ـ الذرائعي] ولكنهم طبيعيون وعاديون في أوجه أخرى.

3 ـ **متزامنة لانداو ـ كليفنر (landau-kleffner syndrome)**: تُعرف أيضاً (بالحبسة الصرعية المكتسبة)، أي فقد القدرة على الكلام، وهو مرض نادر يشتمل على فقد مهارات اللغة بعد فترة من التطور الطبيعي، عادة يبدأ من سن ثلاث سنوات إلى تسع سنوات ويكون الفقد عادة تدريجياً ويحدث نمطياً على مدار شهور بالرغم من كونه سريعاً. ويلاحظ أولاً الفقد الحسي، حيث يصير

الطفل غير مستجيب بشكل زائد للغة المنطوقة. وهذا قد يؤدي إلى أن نشك في الصمم، بالرغم من أن الاختبارات تظهر أن عتبات السمع طبيعية. ويتبع فقد الفهم حدوث فقد في اللغة التعبيرية. وتصاحب تغيرات اللغة حدوث شذوذ في قيم رسم المخ الكهربي تشمل نوبات من إطلاق شحنات تؤثر على نصفي الدماغ الكرويين، وهذه التغييرات في رسم المخ غالباً ما تكون واضحة خلال النوم بدون حركة العين السريعة. وعادة ما تحدث النوبات في حوالي (50-70٪) من الأشخاص المصابين وتبدأ تقريباً في نفس الوقت كما في الحبسة الصوتية وتتخذ شكل نوبات عمومية أو جزئية بسيطة تكون نادرة، وتحدث غالباً في وقت الليل. وتشيع حالات الحيرة والقلق ونوبات الغضب المزاجي في وقت البدء وقد ينجم عنها تحويل الطفل وإحالته إلى عناية أخصائي صحة عقلية وخاصة عند عدم وجود نوبات واضحة، ونعزو عدم استجابة الطفل إلى العناد والإصرار. إن الأطفال المصابين لا تظهر عليهم اختلال التوحد عامة في التفاعلات الاجتماعية، لكن يظهرون درجة معينة غالباً من فرط النشاط.

التشخيص التفريقي والتقييم
(Differential diagnosis and assessment):

إن اختلال السمع هو أكثر التشخيصات التفريقية أهمية لأنه شائع الحدوث، وهناك علاجات ناجحة، وإن كان تأخير هذه العلاجات يضر الطفل المصاب ويؤذيه بشدة. ومن الضروري أن يخضع كل الأطفال ذوي التأخير اللغوي للتقييم السمعي بشكل مناسب.

إن تأخير اللغة يمكن أن يكون جزءاً من عجز التعلم العام، ولا يمكن أن نستبعد هذا الاحتمال إلا بواسطة الاختبارات المناسبة للقدرات العقلية العامة، والتي تحتاج بشكل واضح أن تكون مقدرة ومحكومة باختبار القدرات «غير اللفظية» في وجود مشكلات اللغة الشديدة. وبالمثل تُعد اختبارات القدرات العقلية العامة مفيدة في التمييز بين الفقد الانتقائي لمهارات اللغة في متلازمة «لانداو كليفنر»، والفقد العام للمهارات الإدراكية في عته الطفولة المتواتر (الفصل الخامس والعشرون). ويُعد التقييم النفسي العام ذا أهمية أيضاً حيث إن اضطرابات طيف التوحد (فصل

الرابع) تتضمن بشكل مميز التأخر اللغوي أو الانحراف اللغوي، وقد يبدأ حتى «بعرقلة» التطور التي يتم فيها فقد مهارات اللغة الثابتة.

أما الطفرة الانتقائية (الفصل الخامس عشر) فتشير إلى جماعة نادرة نسبياً من الأطفال القادرين على فهم ما يقوله الآخرون، لكن يقصرون حديثهم الخاص على جماعة صغيرة من أناس مألوفين جداً لديهم دون مخاطبة البقية الباقية من المحيطين، ويُعد «القلق» الاجتماعي العامل الرئيسي المسبب في معظم الحالات، ولكن قد تتفاقم حالة القلق وتصحبها مشكلات لغوية طفيفة متزامنة، وهناك اختبارات معينة للنطق، واللغة التعبيرية، واللغة الإدراكية، جنباً لجنب حيث يكون التقييم الإكلينيكي لأساسيات اللغة (Clinical Evaluation of Language Fundamentals;CELF)]، وهو المستخدم على نطاق واسع من قِبَل معالجي اللغة في المملكة المتحدة والولايات المتحدة وهو اختبار خاص لفحص وتشخيص عطب اللغة المميز.

مآل نمو اضطراب اللغة
(Prognosis for language development):

يعتمد مآل اضطرابات اللغة على نوع الاضطراب، وكذلك على وجود حالات الاختلال الإدراكية المصاحبة. فعندما يكون اضطراب اللغة مصحوباً بمعامل ذكاء منخفض يكون المآل عامة أسوأ ما يكون. ومن بين الاضطرابات الإعرابية/ الصوتية، تكون فرص الشفاء الكامل هي الأعلى للأطفال ذوي مشكلات النطق المحضة، وهي الأقل في الأطفال ذوي اضطراب اللغة الإدراكي. فربما يتقدم الطفل ذو اضطراب اللغة الإدراكي ومعامل ذكاء طبيعي بدرجة كافية ربما في سن الرشد ليمارس التواصل بشكل جيد جداً، لكن تستمر مع ذلك بعض عيوب ونواقص اللغة الملحوظة وهناك القليل من المعلومات المتاحة عن مآل الاضطراب «الدلالي ـ الذرائعي» «المغزى ـ السياقي»، لكن الدراسات التي أجريت على التوحد في الأطفال ومتزامنة «اسبرجر » توحي بأن نواقص وعيوب استخدام ومحتوى اللغة قد يستمر ويتواصل. أما التكهن بمآل متلازمة «لانداو كلفنر» فهو مخالف إلى حدٍ ما، فعادة ما يصحبه مشكلات مستمرة حادة في بعض الحالات، وخاصة عند حدوث الإصابة قبل سن الخامسة.

التداخلات لعلاج اضطرابات اللغة
(Interventions for language disorders):

تم إجراء تجارب مضبوطة عشوائية لعلاج اختلال وعيوب الكلام واللغة وقد أسفرت عن النتائج التالية:

- تلعب التداخلات العلاجية دوراً هاماً عندما يُصاب الأطفال باضطرابات اللغة الصوتية أو التعبيرية.
- إن نتائج التداخلات العلاجية في حالات الأطفال ذوي صعوبات اللغة الإدراكية تعد غير مؤكدة، إذ أن الدراسات القليلة المتاحة لا تظهر أي تأثير هام للعلاج.
- في حالات الأطفال الذين يعانون من صعوبات اللغة التعبيرية، فإن العلاج المقدم من الآباء في ظل التوجيه المهني يبدو فعالاً مثل العلاج الذي يقدمه الأطباء الإكلينيكيين، وعلى النقيض لا يوجد أي برهان على ميل الإكلينيكين لعلاج الأطفال الذين يعانون من صعوبات في اللغة الصوتية أو الإدراكية علاجاً فعالاً.

الصعوبات الأكاديمية المصاحبة
(Associated scholastic difficulties):

يصاحب الكثير من اضطرابات اللغة الشديدة والمستمرة خطراً جوهرياً يتمثل في الصعوبات المدرسية حتى لو كان الطفل ذا ذكاء عادي «وفقاً لاختبارات معامل الذكاء غير اللفظي»، وهذه الخطورة تكمن في مشكلات القراءة والتهجي بالرغم من حدوث مشكلات رياضية أيضاً.

أما الأطفال الذين تكون لغتهم مفهومة بالكامل، فلا يبدو عليهم أنهم يعانون من اختطار متزايد. أما اضطرابات اللغة التعبيرية والإدراكية تحمل خطراً أكبر من مشكلات النطق. وبالفعل فإن المشكلات القاصرة على النطق فقط قد لا ينجم عنها أي مخاطر متزايدة في مجال المدرسة أو الدراسة الأكاديمية.

مشكلات نفسية وشخصية مصاحبة
(Associated psychiatric and personility problems):

أوضحت دراسات كثيرة أن الأطفال ذوا المشكلات اللغوية في خطر نفسي

متزايد، ففي بعض الحالات قد ينشأ الخطر النفسي مباشرة من اضطرابات اللغة نفسها، فمثلاً، قد يحدث الاضطراب نتيجة للمضايقات أو الإحباط أو العزل الاجتماعي الذي تولده الصعوبات في عملية التواصل، وقد تنبثق في حالات أخرى المشكلات النفسية واللغوية كلاهما من اضطراب معرفي أو عصبي ـ حيوي.

ويتعرض الأطفال من ذوي اضطرابات اللغة أساساً لاضطرابات القلق، ومشكلات في العلاقات الاجتماعية وقصور في الانتباه. وتتضح هذه المشكلات بشدة في الأطفال الأكبر سناًعن أولئك الصغار.

هناك القليل من مشكلات السلوك أو قد لا توجد مشكلات على الإطلاق. ويرتفع معدل المرض النفسي خاصة في الأطفال منخفضي معامل الذكاء، ويزداد المعدل يزداد بشكل جوهري في الأطفال ذوي معامل الذكاء الطبيعي. ويرتبط الخطر النفسي أساساً بمشكلات اللغة التعبيرية والإدراكية، وبالرغم من أن الأطفال ذوا المشكلات الخاصة بالنطق والتلفظ قد يكونون أكثر حساسية وتعرضاً للمشكلات العاطفية والانفعالية.

يعاني الأطفال ذوو مشكلات اللغة الإدراكية من درجة ما من التوحد في شكل صعوبات اجتماعية، ويتضح ذلك أكثر عند استمرار الطفل في النمو. وقد كشفت إحدى دراسات المتابعة للأطفال ذوي مشكلات اللغة الإدراكية ومعامل الذكاء العادي أن ما يزيد عن النصف قد أصابتهم مشكلات كبرى في العلاقات الاجتماعية في سن البلوغ. وفي أمثلة كثيرة، نجد أن الفشل في صنع أصدقاء أو إقامة علاقات حب بدت لتعكس نقصاً أساسياً في الاهتمام الاجتماعي والمهارات الاجتماعية وليس نتائج ثانوية أو عواقب من القيود الاجتماعية المفروضة من قبل صعوبات التواصل.

وبالرغم من أن هذه النتائج تؤكد على وجود علاقة بين التوحد واضطراب اللغة الإدراكي، بالإضافة لوجود علاقة محتملة بين التوحد واضطراب المغزى والسياق، فإن نتائج متابعة أخرى تشير إلى الفروق والاختلافات والانفصال بين التوحد واضطراب اللغة الإدراكي. إن التوحد لا يمثل عامل خطر يؤدي إلى حدوث الذهان التابع، وبينما يبدو أن اضطراب اللغة الإدراكي قد يؤدي بالفعل «سواء بخصائص أو بدون خصائص توحد معينة» إلى خطر متزايد من ذهان جنون العظمة الوردي في مرحلة المراهقة.

الفصل السابع والعشرون

صعوبات القراءة

Reading Difficulties

تؤثر صعوبات القراءة على نحو (10٪) من الأطفال، ولهذه الصعوبات أهمية خاصة لدى الأخصائيين النفسيين بسبب الصلات القوية نسبياً بينها وبين مشكلات السلوك. وتعتبر كافة صعوبات القراءة في الأطفال تطورية في منشأها، حيث إن إمكانية حدوث تلف دماغي في الطفولة المتوسطة أو المتأخرة ينجم عنه اضطرابات القراءة المكتسبة، ولكن خرف الطفولة المبكرة يفضي أيضاً إلى تدهور متقدم في مهارات القراءة.

خلفية معلوماتية عن القراءة العادية:
(Background information about normal reading)

عندما يبدأ الأطفال في القراءة، فإنهم يتعلمون إدراك عدد صغير من الكلمات المألوفة جداً «مثل أسمائهم» على أساس المفاتيح البصرية للشكل العام للكلمة، وفي هذه المرحلة المبكرة يكونون عاجزين عامة عن تفسير الكلمات الجديدة. وبناءً عليه فعندما يحاولون فهم مبادئ توافق الصوت مع الحرف، يلزمهم استراتيجية صوتية لفك شفرة الكلمات الأقل ألفة، وفي النهاية، عندما تصير القراءة سلسة، يتم إدراك معظم الكلمات ككيان مفرد دون حاجة إلى تفسير فونولوجي «صوتي». وبالرغم من تداخل المهارات اللغوية والإدراكية المتعددة للقدرة على القراءة السلسة، فإن الاختلاف الفردي في المقدرة على القراءة يكون أكثر ارتباطاً بالقدرات اللغوية عن الإدراكية. وبشكل خاص، فإن إدراك ووعي الأطفال النطقي كما يتأسس، مثلاً، بواسطة حساسيتهم للقافية والجناس الحرفي هو عامل تكهن جيد بمدى قدرتهم على القراءة وإجادتها بواسطة تأثير معامل الذكاء (IQ). إن تحسين الوعي النطقي

يعزز مهارة القراءة التابعة. وتقترح معظم دراسات التوائم أن التغاير العام يعلل حدوث (30-50٪) من الاختلافات الشخصية في قدرات الأطفال على القراءة فضلاً عن وجود العوامل البيئية، ومدى إمداد الوالدين لهم من خبرات، وكذلك نوعية وجودة التعليم المدرسي، لها أيضاً تأثير عظيم.

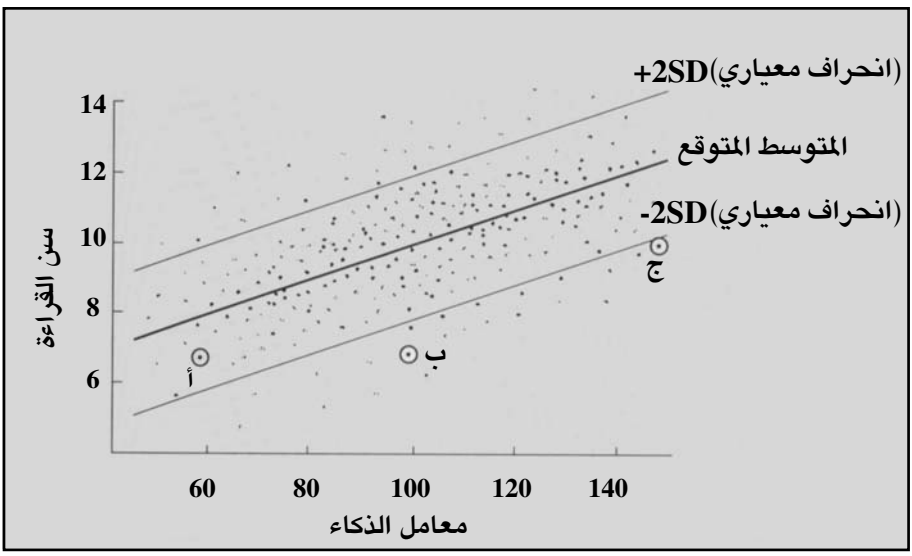
صعوبات القراءة النوعية
[Specific Reading Difficulties (SRD)]:

تُعتبر بعض قدرات الأطفال على القراءة منخفضة الجودة، كما هو متوقع من سنهم ومعامل ذكائهم، ويقال إنهم مصابون بصعوبات القراءة النوعية وتقدر اختبارات القراءة مدى دقتها أو فهمها ـ ويتم نمطياً اختبار دقة القراءة بأن نسأل الأطفال عن قراءة كلمات أو فقرات ذات صعوبة متزايدة – وفي اللغة الإنجليزية يكون الأمر سهلاً نسبياً بأن تحكم على صعوبة قراءة كلمة معينة إذا وجدت الأطفال يتعثرون في قراءتها ولا ينطقونها بشكل صحيح.

هذا أصعب في الحكم على لغات أخرى مثل الأسبانية ذات التهجئة التي يمكن توقعها، مما يسمح لأطفال بلفظ كلمات لا يعرفونها بسهولة. أما اختبار فهم القراءة فيتم بسؤال الأطفال أسئلة عن فهم مقاطع سبق قراءتها، وبذلك نقدر مدى جودة استيعاب معنى الكلمات. أما الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة الخاصة فيقابلهم مزيداً من الصعوبات في اختبارات الدقة وليس الفهم، إذ أنهم يستطيعون استخدام مفاتيح الشفرات من السياق العام لتخمين المعنى الكلي حتى وإن عجزوا عن قراءة بعض هذه الكلمات وعلى الجانب الآخر، فإن الأطفال المصابين بفرط التلفظ يجيبون جيداً في اختبارات دقة القراءة ولكن لا يفهمون بالضرورة ما قرأوه.

إن العلاقة بين سن القراءة ومعامل الذكاء تتضح بيانياً في الشكل (27-1)، فالعلاقة جوهرية جداً بمعامل ارتباط يساوي (0.6)، ولا عجب في ذلك فإن الأطفال الأكثر ذكاءً نتوقع منهم مستوى أفضل في القراءة، ومن الجدير بالذكر، كذلك إن السن المتوقع من القراءة لا يساوي العمر الفعلي، فهناك نكوص باتجاه

المتوسط وهكذا نجد أن الطفل في عمر العاشرة وعمره العقلي 13 سنة لن يستطيع في المتوسط أن يقرأ حتى مستوى قراءة 13 سنة بينما الطفل في العاشرة وعمره العقلي 7 يمكن في المتوسط أن يقرأ أفضل من مستوى قراءة 7سنوات. وتقريباً يقع 95٪ من الأطفال ضمن انحرافين معياريين لسن القراءة المتوقع لهم. إن صعوبات القراءة النوعية تشير إلى أفراد مثل الفرد (ب) والفرد (ج) في الشكل (27-1) والذين تفوق إنجازاتهم القرائية انحرافين معياريين (SD) أقل من مستوى قراءتهم المتوقع. وهذا يتوافق مع عمر 10 سنوات، بكونه حوالي $\frac{1}{2}$ 2 سنة أقل من المستوى المتوقع. بالرغم أن معظم الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة النوعية يقرأون عند أقل من المتوسط لأعمارهم الزمنية [مثلاً شخص «ب» في الشكل (27-1)]، وبعض الأطفال المتفوقين جداً والذين يعانون من صعوبات خاصة في القراءة تكون قدرات القراءة عندهم متوسطة [مثال شخص «ج» في الشكل (27-1)] وبالعكس فالذي نعنيه من تخلف القراءة لا يتضمن بالضرورة صعوبات قراءة خاصة لأن مهارات القراءة المنخفضة للطفل قد تنتظم في خط واحد مع الذكاء المنخفض للطفل [مثال شخص «أ» في الشكل (27-1)].



الشكل رقم (27-1): تمثيل بياني يوضح العلاقة بين سن القراءة ومعامل الذكاء في الأولاد والبنات في سن العاشرة.

وبالرغم من أنه يمكن أن نُعرف صعوبات القراءة الخاصة مجازاً على أنها تحصيل القراءة، والذي يقل بمقدار انحرافين معياريين تحت المستوى المتوقع، فهذا التعريف القاطع يتضمن بالفعل مجموعة الأطفال من ذوي الإعاقة الأساسية والمتواصلة. حيث يمثل هؤلاء الأطفال بالفعل زيادة كبيرة إضافية في قاع منحنى التوزيع الطبيعي الممثل للقدرة على القراءة، ولم يثبت بعد مدى اختلاف هؤلاء الأطفال كيفاً أو كماً عن الأطفال الأكثر تخلفاً في القراءة، (بمقدار 1 أو $\frac{1}{2}$ 1 انحراف معياري إلى الخلف).

الوبائيات (Epidemiology):

تصيب صعوبات القراءة النوعية نحو (3-10٪) من الأطفال. وتظهر معظم الدراسات أنها أكثر شيوعاً في الذكور عنها في الإناث بمقدار مرتين أو ثلاثة أضعاف، كما أنها أكثر شيوعاً في الأطفال الذين يعمل آباءهم أعمالاً يدوية بالأحرى. وقد بلغ معدل انتشار صعوبات القراءة النوعية في سن 10 سنوات (4 ٪) في جزيرة وايت مقابل نسبة (10٪) في داخل لندن؛ وهو اختلاف يمكن تفسيره بعوامل اجتماعية، وأسرية ومدرسية.

السمات المصاحبة (Associated features):

1 ـ تتأثر عملية التهجئة أكثر من القراءة نفسها، وقد تدوم مشكلات التهجئة حتى ولو أصبحت القراءة سلسة بشكل منطقي. وقد لا يصاحبها تأخراً في المهارات الحسابية بنفس قدر مهارات القراءة، بالرغم من وجود بعض التأخير أحياناً.

2 ـ أخطاء التهجي غالباً ما تكون وخيمة وغريبة فقد تكون غير صوتية (تختلف في نغمة نهايات الكلمة فتتشوه كلمة Umbrella إلى Umderlee) أو صوتية مثال إسقاط حرف من كلمة يكون فيها حرف صامت أصلاً، وإن أخطاء القراءة تقوم على محاولات لتخمين الكلمة من شكلها وليس على محاولات خاطئة ومعيبة لفك شفرة الكلمة صوتياً. ففي كلاً من القراءة والكتابة، قد تكون الحروف والكلمات

معكوسة مثلاً p بدلاً من q و b بدلاً من d، أو saw بدلا منwas، وهي ظاهرة العكوسية!

3 ـ ويكون احتمال إصابة الأطفال الذين يعانون من صعوبة القراءة النوعية باختلالات عصبية تطورية وباختلالات عصبية نفسية أكثر من الأخرين، بما فيها اضطراب الخلط بين اليمين ـ اليسار، والافتقار إلى التناسق، وقدرات بنائية ضعيفة، وشذوذات لغوية. أما الأطفال الذين يعانون من التأخر المبكر في اللغة، لكنهم قادرون على تعويض ما فاتهم بسرعة، فأنهم لا يعدون مستهدفين للإصابة بخطر صعوبات التعلم النوعية بشكل أشد وأعظم.

4 ـ تتراوح معاملات ذكاء الأطفال الذين يعانون من صعوبات نوعية في القراءة بين شديد الذكاء إلى غبي جداً، ومتوسط معامل الذكاء للأطفال المصابين بصعوبات نوعية في القراءة يتراوح بين المتوسط أو تحت المتوسط قليلاً. أما معامل الذكاء اللفظي الشفوي فيميل ليكون أقل من معامل ذكاء الأداء. هذا قد يعكس ليس فقط تمركزية اللغة أكثر من اعتمادها على النواقص البصرية المكانية في صعوبات القراءة النوعية، بل أيضاً حقيقة أن الأطفال الذين يقرأون قليلاً لديهم فرصة أقل لتراكم المهارات التي وضحت بواسطة الاختبارات الفرعية اللفظية.

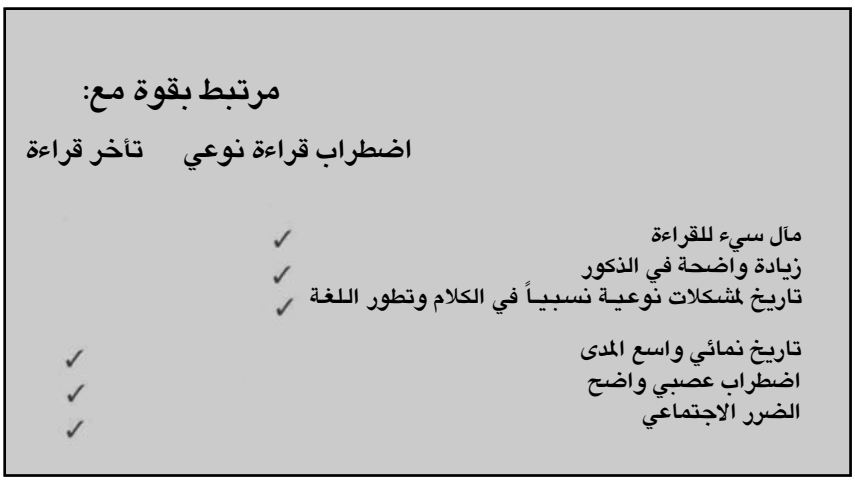
5 ـ لم تدعم الدراسات الوبائية الوصف الإكلنيكي بأن استخدام اليد اليسرى أو السيادة المختلطة للدماغ، تكون متمثلة بوضوح في صعوبات القراءة النوعية، وقد وجدت إحدى الدراسات الحديثة فرط وزيادة مستخدمي اليد اليسرى الأقوياء ومستخدمي اليد اليمنى الأقوياء من بين الأطفال المصابين بصعوبات القراءة النوعية.

6 ـ إن صعوبات القراءة النوعية تكون أكثر شيوعاً بين الأطفال في العائلات كبيرة العدد.

7 ـ يصاحب صعوبات القراءة النوعية عدداً من المشكلات النفسية كما هو مفصل في نهاية هذا المقطع.

صعوبات القراءة النوعية وتأخر القراءة
(SRD and reading backwardness):

هل يوجد أي نقطة تميز صعوبات القراءة النوعية عن القراءة الضعيفة، وتتوافق مع معامل ذكاء الطفل، مثلاً، الفرق بين الشخص (أ) والشخص (ب) في الشكل (27-1)، والإجابة محل جدل، فبعض الباحثين يرون بأنه يوجد مبرر عملي بسيط للتمييز ويرى الآخرون بأن صعوبات القراءة النوعية، وتأخر القراءة يجب تمييزهما لأنهما يختلفان في المآل والسمات المصاحبة لكلاً منهما، انظر الشكل (27-2).



الشكل رقم (27-2): يوضح الفروق بين اضطرابات القراءة النوعية وتأخر القراءة

صعوبات القراءة النوعية وخلل القراءة التطوري
(SRD and developmental dyslexia):

هل توجد مجموعة فرعية من الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة

النوعية يتبعون تشخيص خلل القراءة التطوري على أساس أن مشكلات القراءة لديهم هي جزء من عرض عصبي أكبر وهو متعلق ببنيان الجسم وليس بالبيئة.

إن البرهان الوبائي في جزيرة ويت لا يدعم هذه الفكرة بدراسته لمجموعة صغيرة تعاني من صعوبة القراءة، وبالرغم من أن هؤلاء الأطفال كانوا حقاً أكثر احتمالاً للإصابة بممشكلات عصبية تطورية وعصبية نفسية أخرى مثل «تناسق ضعيف وتآزر معيب ونقص في بنية الجسم، واختلاط (التباس) بين اليمين واليسار، فمعظم الأطفال عانوا من واحد أو أكثر من هذه المشكلات الإضافية، ولم توجد إشارة أو دليل على انقسام الأطفال إلى مجموعتين منفصلتين: مجموعة تعاني من صعوبة القراءة ومشكلات مصاحبة كثيرة ومجموعة لا تعاني من صعوبة قراءة ومشكلات قليلة جداً. وعلاوة على ذلك وجد أن الطفل الذي عانى من صعوبة القراءة النوعية مع كثير أو قليل من المشكلات العصبية التطورية المصاحبة لم يوجد أي فارق في المآل بخصوص حالته أو مدى استجابته للعلاج أو احتمال إصابة لمشكلات نفسية مصاحبة أو احتمال وجود تاريخ عائلي إيجابي لحدوث مشكلات مماثلة للقراءة في العائلة.

ويوجد حالياً تبرير ضعيف للتمييز بين خلل القراءة التطوري وصعوبات القراءة النوعية، فبعض التربويين والباحثين يتجنبون استخدام مصطلح «خلل القراءة» على الإطلاق، بينما آخرون يستخدمون المصطلح لوصف مجموعة من الأطفال يعانون من عجز واضح جداً في المهارات النطقية «حتى لو كان بعض هؤلاء الأطفال قد عوضوا هذا العجز وبدأوا يقرءون جيداً». وقد رأى البعض وقف استخدام هذا المصطلح الجدلي، ومع ذلك فإن الواقع يجرنا لإعادة استخدام المصطلح مرة أخرى، فصعوبة القراءة، معروفة جيداً وعادة ما تنقل رسالة ما تتضمن أن مشكلات قراءة الطفل لا تعود إلى غباء أو تكاسل منه، مما ينجم عنها منافع عملية هامة للطفل مثال: «منحه وقت أطول للإجابة على الامتحانات». وبافتراض ذلك فلا يوجد مبرر لإهمال أي طفل يعاني من صعوبات القراءة النوعية سواء وجدت الأعراض العصبية التطورية المصاحبة أم لم توجد، وخاصة إن كان هذا سيعمل في مصلحة وفائدة الطفل بوجه عام.

أسباب حدوث صعوبات القراءة النوعية (Causatin of SRD):

ليست صعوبات القراءة النوعية حالة متوافقة أو متجانسة، ويُعزى ذلك إلى غموض سبب عدم التجانس هذا وهل يعود إلى اختلاف في شدة هذه الصعوبات أم في نوعيتها، ويبدو أنه من المرجح أن نشأة المرض وأسباب إمراضه تختلف في معظم الحالات، وتبدو المشكلات النطقية مركزية، وهذا يجعل الأمر من الأصعب للأشخاص المصابين بزيادة في مفردات القراءة لديهم أن يقوموا بإطلاق ونطق كلمات جديدة، وبذلك يوالفون أنفسهم عليها. وفي قلة قليلة من الحالات، تكون المشكلات البصرية الإدراكية أكثر أهمية من غيرها المرتبطة باللغة. وإن أهمية شذوذات التحكم في حركة مقلة العين أو الهيمنة البصرية هو محل جدل. ويعرف القليل عن الأطفال الذين يؤدون جيداً في الاختبارات الخاصة بدقة القراءة ولكن يؤدون أداءً سيئاً في اختبارات فهم القراءة، إلا أنهم يمتلكون مهارات إعرابية ومعجمية رديئة ويفشلون في الاستفادة من معاني السياق النصي. وتم فحص صعوبات القراءة النوعية مبدئياً في التجمعات السكانية المتكلمة بالإنجليزية. فهل الرابطة بين المشكلات الصوتية وصعوبات القراءة النوعية تعكس بشكل أساسي عدم التوقع المعروف عن الهجاء في اللغة الإنجليزية؟ ومن المدهش أن المشكلات الصوتية مرتبطة كذلك بصعوبات القراءة النوعية في اللغات مثل الإيطالية والألمانية. وبالنسبة للأطفال المصابين بصعوبات القراءة النوعية والذين يتكلمون هذه اللغات، فإن نطق الكلمات ليس صعباً جداً، لكن آلية هذه العملية تعتريها مشكلات جمّة. وقد أظهرت دراسات الأسرة والتوائم قابلية وراثية جوهرية، حيث ارتبطت المشكلة بوجود جينات ضمنية على الكروموسومين (15q) و(6p)، كما أن البيئة الاجتماعية النفسية ذات أهمية عظيمة كما يتضح مثلاً بالحقيقة القائلة أن صعوبات القراءة النوعية كانت أكثر شيوعاً بقيمة الضعف وأكثر في قلب لندن عنها في جزيرة وايت.

إن الأطفال المعاقين عصبياً «المصابين بالصرع أو الشلل الدماغي» هم أكثر احتمالاً للإصابة بصعوبات القراءة النوعية عن الأطفال الأصحاء ذوي معامل الذكاء

المعادل، أما الأطفال المصابون بصعوبات القراءة في غياب الاضطرابات العصبية الواضحة، فتنشأ من الشذوذات التطورية في المناطق المرتبطة باللغة في نصف الكرة الدماغي الأيسر، وركزت الدراسات العصبية التشريحية والعصبية الإشعاعية على أهمية المنطقة الصدغية، وهي منطقة من الفص الصدغي لها دورها في العملية الصوتية إذا وجد أن اللوح الصدغي أكبر في الجانب الأيسر من المخ عنه في الجانب الأيمن في الأفراد الذين يقرأون بشكل عادي، بينما نجد أن هذه الحالة من عدم التماثل بين النصفين (Asymmetry) تبدو غالباً مفقودة في الأشخاص ذوي مشكلات صعوبات القراءة النوعية. إن النتائج الحديثة التي تؤكد على زيادة إصابة مستخدمي اليد اليسرى الأقوياء، مستعملي اليد اليمنى الأقوياء بصعوبات القراءة النوعية هي من النتائج المحيرة.

إن نموذج (آنيت) الوراثي لاستعمال أي من اليدين يشير إلى أن مستعملي اليد اليسرى واليمنى بقوة هم أساساً من «متشابهي اللاقحة»، بينما مستعملو اليد اليمنى بشكل معتدل أو طفيف هم أساساً من «مختلفي اللاقحة».

تدخلات لمعاونة من يعانون من صعوبات القراءة النوعية (Interevntions for SRD):

يعتبر الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة النوعية في نظر والديهم أو مدرسيهم إما أغبياء، أو كسالى. وهذه الآراء تفاقم الصورة الرديئة للذات، والتي تتكون بالفشل المتكرر في المهمات الأكاديمية.

إن إعلام الآباء والمعلمين والأطفال بأن مشكلات القراءة هي ببساطة ليست نتيجة الذكاء المنخفض أو الجهد الضعيف غير الكافي هو أمر هام، يكون له أعظم الآثار لتكوين اتجاهات جيدة وتعزيزية وكذلك واقعية وإيجابية. وحيث وجد أن بعض الآباء يعتقدون أن صعوبات القراءة هي علامة عن كون الطفل موهوب بشكل خاص، فمن الهام أن نتجنب أيضاً الخطأ المقابل الخاص بتعزيز التوقعات العالية جداً،

ولاسيما لو كان الطفل ذا ذكاء متوسط أو دون المتوسط. وإن ذكر قائمة بمشاهير الناس المصابين بعسر القراءة، ليس بالضرورة ذو نفع في هذه الحالة.

قد يتلقى بعض الأطفال المصابين بصعوبات القراءة النوعية مساعدة زائدة في قراءتهم وتأنيبهم أثناء بقائهم في المدرسة التقليدية. وفي الحالات الوخيمة، وعندما تكون صعوبات معرفة الطفل بالحروف حجر عثرة لا يمكن تخطيه للتقدم الأكاديمي في كافة المواضيع الأخرى، فإن الإيداع في وحدة خاصة أو مدرسة خاصة قد يساعد كثيراً، فبعض المدارس تتخصص فقط في صعوبات القراءة النوعية «كاحتياجات خاصة»، بينما البعض الآخر ينهض بأعباء مدى واسع من مشكلات التعلم بما فيها هذه صعوبات

وتاريخياً، فمعظم التدخلات والمساعدات لتحسين القراءة وحدها نجم عنها منافع قصيرة المدى وليس مكاسب دائمة. وحالياً يتم دمج عمليات تعليم القراءة مع العمل المكثف لزيادة الإدراك الصوتي والتدريب المحفّز؛ مما أدى إلى نتائج واعدة جداً. إن زيادة معاونة الآباء لأطفالهم على القراءة قد يكون نافعاً حقاً.

المآل (Prognosis of SRD):

من غير العادي أن يلحق الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة النوعية تماما بأقرانهم، والكثيرون منهم يتخلفون كثيراً بعيداً جداً عن المقدمة، ليس بسبب افتقادهم المهارات، لكن لأنهم يحققون تقدماً أقل كل عام عن أقرانهم الطبيعيين. إن مآل القراءة الجيدة يتحسن بوجود معامل الذكاء (IQ) العالي ومع خلفية اقتصادية ـ اجتماعية جيدة وتتزايد مصاعبهم الأكاديمية في وجود مشكلات في التهجي؛ مما يجعلها أكثر وطأة واستمرارية وينتهون عادة إلى الحصول على مؤهلات مدرسية ضعيفة، حتى لو لم يصاحبها مشكلات سلوكية، وكنتيجة لمؤهلاتهم الضعيفة ومشكلاتهم المستمرة المتواصلة مع مهارات التعلم وانعدام الأمية، فهم أكثر احتمالاً من أقرانهم بأن يتخذوا مهناً يدوية «حرفيون» في حياتهم كراشدين وبالغين.

أمراض نفسية مصاحبة لصعوبات القراءة
(Psychiatric accompaniments of reading disorders):

أوضحت العديد من الدراسات أن صعوبات القراءة النوعية مرتبطة بقوة نسبياً مع اضطراب السلوك والجنوح. ففي دراسة أجريت على الأطفال في عمر (10)سنوات في جزيرة وايت، وجد أن 3/1 من هؤلاء الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة النوعية مصابون باضطرابات السلوك، وثلث الأطفال ذوي اضطراب السلوك كان لديهم صعوبات القراءة النوعية. وتقترح البراهين الحديثة أن الحلقة الأساسية قد تكون بين صعوبات القراءة النوعية وبين فرط النشاط، وليس بينها وبين اضطراب السلوك. وحيث إن فرط النشاط مرتبط بشدة مع اضطراب السلوك والجنوح، فإن الحلقة المباشرة بين صعوبات القراءة النوعية وفرط النشاط سينجم عنها وصلات غير مباشرة بين صعوبات القراءة وكل من اضطراب السلوك والجنوح

«إن ظهور ارتباط غير مباشر لا يستبعد احتمال وجود روابط مباشرة أيضاً، ناجمة عن الإحباط المتولد عن مشكلات التعلم والفشل المدرسي أحياناً؛ مما يثير اضطراب السلوك والجنوح».

لماذا تتواجد عادة مشكلات القراءة والسلوك معاً؟ هناك ثلاث إجابات محتملة وقد يكون كل منها صحيحاً، على الأقل في بعض الحالات. أولاً، إن مشكلات السلوك قد ينجم عنها مشكلات ثانوية في القراءة. وبالرغم أنه من الممكن أن السلوك المضطرب في الفصل يتعارض مع التقدم الأكاديمي للطفل، ألا أن هناك دليل تجريبي ضعيف على ذلك. ثانياً، قد ينجم عن مشكلات القراءة مشكلات سلوكية ثانوية، وقد أشارت نتائج دراسة جزيرة وايت أن صعوبات القراءة النوعية عادة ما تفضي إلى مشكلات سلوكية ثانوية ربما كنتيجة للإحباط والتهميش المتولد عن الفشل الدراسي.

وأخيراً فإن مشكلات القراءة والسلوك قد تحدث معاً لأن لهما أسباب مشتركة، سواء بنيانية أو بيئية. وتشير بعض الدراسات أن فرط النشاط قد يكون

السبب الرئيسي لكل من مشكلات السلوك والقراءة وترتبط مشكلات السلوك والمهارات الضعيفة قبل القراءة ارتباطاً وثيقاً بالفعل في أطفال الحضانة، أي لفترة طويلة قبل أن تتداخل مشكلات السلوك مع العمل المدرسي وقبل أن ينجم عن مشكلات الطفل المدرسية حالة التهميش. وتقترح دراسات المتابعة أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من صعوبات القراءة النوعية والذين يخلون من اضطرابات نفسية إضافية في منتصف الطفولة لن يعانوا من مشكلات نفسية بالمقارنة بأقرانهم في مرحلة المراهقة «باستثناء وجود خطر متزايد من المشكلات المصاحبة للتحكم في المزاج في المراهقات من ذوات صعوبات القراءة النوعية».

وعندما يصاحب مشكلات صعوبات القراءة النوعية مشكلات أخرى من مشكلات السلوك، فإن المآل في المراهقة يكون أسوأ. فهؤلاء الأفراد أكثر احتمالاً لترك المدرسة في أول فرصة، ولا يحصلون على مؤهلات ويتخذون حرفاً غير ماهرة ويكون لهم سجل عمل ضعيف. وبالرغم من أن صعوبات القراءة النوعية، يكون مصحوباً باختطار عالي نسبياً من الإصابة بالمشكلات النفسية / الاجتماعية المعاكسة في الطفولة والمراهقة، فإن دراسات المتابعة إلى البلوغ تقترح بأن تأثيرها على التكيف الراشد أقل وضوحاً بدرجة كبيرة.

وبالرغم من أن مشكلات التعلم ومحو الأمية الكبرى عادة ما تتواصل وتستمر إلى مرحلة البلوغ والرشد، فإن البالغين يكونون قادرين على تكييف اختيار مهنتهم و أسلوب حياتهم وفقاً لذلك ولا يظهرون مشكلات نفسية أو اجتماعية أكثر مما هو متوقع.

الفصل الثامن والعشرون

الارتباط غير الآمن

Insecure Attachment

يناقش هذا الفصل تطور نماذج الارتباط، وهي عملية يجب حدوثها في كل صغار الثدييات. وهناك تنويعة من نماذج الارتباط الشائعة، والبعض منها يُشار إليه بأنه غير آمن، وكما سيتم وصفه لاحقاً في هذا الفصل، وتشكل على الأقل بعض أشكال الارتباط غير الآمن على إنها عوامل مهيئة لحدوث المرض النفسي، بينما توجد هناك أنواع من الارتباط غير الآمن لا تكون مصحوبة بالضرورة بمرض نفسي، وإن اضطرابات الارتباط التامة تكون نادرة، وقد عولجت الاضطرابات بشكل منفصل في فصل (16).

طبيعة الارتباط (The nature of attachment):

تأثر الفكر العلمي والإكلينيكي المختص بالارتباط، على مدار 25 سنة تأثراً عظيماً، بنظريات وكتابات جون بلبي (John Bowlby) (1907- 1990) وهو عالم نفسي ومحلل إنجليزي، وقد تجاوز تماماً نطاق الحدود التقليدية لهذه المبادئ والنظم، وشدد بقوة على الإيثولوجيا «دراسة السلوك البشري» والسيبرنيات (علم التوجيه والتحكم).

ورغم أن هناك مواضيع كثيرة تدرس السلوك،إلا أن علماء الإيثولوجيا يدرسون السلوك الحيواني «شاملاً ومتضمناً السلوك الإنساني» من منظور يشدد على الاعتبارات البيئية «الأيكولوجية» والتطورية، إنهم يضعون بعين الاعتبار للوظيفة وليس فقط الشكل في كل نوع من أنواع السلوك، ويتساءلون لماذا يكون هذا السلوك تكيفي مع الوسط الأيكولوجي (البيئي) الذي نمى فيه هذا النوع من الكائنات؟ وفي هذا السياق نفهم الارتباط بصورة أفضل ما يكون الفهم باعتباره توازن منظم بين الأمان من جانب والاستكشاف واللعب على الجانب الآخر، ففي أحد الأطراف نجد

أن الحيوان الأولي الصغير والذي يلتصق دوماً بأمه سوف يكون آمناً نسبياً من المعتدين، ولكنه لن يتعلم مهارات الاستقلال الحيوية، وفي الطرف الآخر، فإن الصغير المستقل تماماً قد يكتسب عدة مهارات نافعة، ولكنه يصادف الموت السابق لأوانه. إن الراشدين في الحياة يعتبرون «قاعدة آمنة». وينطلق الطفل من هذه القاعدة الآمنة ليستكشف ثم يعود مرة أخرى لهذه القاعدة عندما يلقى التهديد ويكون في حاجة إلى الحماية والوقاية.

ووفقاً لآراء «بولبي» فالطفل يحتاج لأشكال من الحماية على نفس درجة احتياجه للطعام، وهذا يتناقض مع نظريات التحليل النفسي المبكرة التي تقول إن الأطفال يصبحون مرتبطين لأنهم ربطوا بين الآباء والطعام، وتبعاً للنظرية الخاصة بعلاقة الأشياء. وكانت وجهة نظر بولبي مؤيدة ومدعمة من تجارب (هارلو Harlow) الشهيرة والتي تعرف بنظرية (كسر القلب)، والتي أجراها على صغار القردة. فقد وجد أنه عند انفصال صغار القردة عن أمهاتهم فإنهم يقضون معظم أوقاتهم ملتصقين بنموذج مغطى بالقماش وليس بالنموذج السلكي، الصلب والذي ينالون لبنهم منه. لقد تنبأت نظرية العلاقات بالنقيض والعكس، أي أنها توقعت أن يرتبط صغير القردة أكثر بالنموذج المصنوع من السلك الذى يزودهم بالطعام.

تأثرت أفكار «بولبي» عن الارتباط بدرجة عظيمة بعلم «السيبرنيات»، حيث تأخذ بعين الاعتبار الطرق التي فيها يستطيع نظام ما أن يستخدم المعلومات ليبلغ أهدافه. ويمكن توضيح الاستراتيجيات المحتملة ببعض من الطرق المختلفة التي يمكن تصميم نظام التسخين فيها لإبقاء الحرارة الداخلية ثابتة نسبياً وتسمى بـ «المتغير المحكوم». فالثرموستات (منظم الحرارة) داخل المنزل يعطينا معلومات «كتغذية راجعة» عن المتغير المحكوم ومدعم التسخين عندما تكون حرارة الداخل منخفضة جداً. والتغذية الراجعة تستكمل الحلقة أي النظام الحراري يؤثر على الحرارة الداخلية، وبواسطة التغذية الراجعة، تؤثر الحرارة الداخلية على نظام التسخين. واستراتيجية التحكم البديلة هي استخدام المعلومات من «متغيرات عامل التكهن والتنبؤ» وأحياناً يشار إليها «بالتغذية الأمامية». وأحد الأمثلة هو نظام التسخين والذي يعمل في فصل الخريف ويتوقف في فصل الربيع، وهي طريقة أولية تفضلها المستشفيات الإنجليزية. أما النظام الأكثر تعقيداً قد يستخدم ثرموستات خارجي يعمل على رفع التسخين عندما يكون الطقس بارد بالخارج، والمعلومات من

متغيرات التنبؤ ليست جزءاً من هذه الحلقة وبالاختصار، فإن التغذية الراجعة تكون من المتغيرات المحكومة، بينما التغذية الأمامية تكون من متغيرات التنبؤ.

ولكي نحتفظ بتوازن مثالي بين الأمان، والاستكشاف، يكون سلوك الارتباط محكوماً جزئياً بالتغذية الأمامية من متغيرات التنبؤ. وعليه يتكون حس تطوري جيد للأطفال للتحرك بالقرب من الراشد الذي يقوم بالحماية عندما يكونون مرضى، أو عندما يكون هناك غرباء، أو يكون الوقت مظلماً ومعتماً. وهذا التحكم بالتغذية الأمامية يؤازر بالتغذية الراجعة عن طريق متغيرات ضابطة. على سبيل المثال، لو راقبت صغار الأطفال وهم يستكشفون في الحديقة، سترى أنهم عادة ما يتصرفون كما لو كانوا مرتبطين بالمصدر الذي يوفر لهم الرعاية «بواسطة قطعة طويلة من شريط مطاطي يغامرون بالابتعاد على مسؤوليتهم، ولكنهم يعدون للخلف ناحية من يمدهم بالرعاية مرة أخرى».

إن النظام السلوكي الذي يحافظ على الطفل من أن يضل بعيداً جداً يمكن أن يُنظر له كنظام تغذية راجعة، يكون فيه المتغير المحكوم هو المسافة بين مصدر الرعاية والطفل. وبالتالي فإن المسافة الكبيرة جداً بين الطفل ومصدر الرعاية تحفز السلوك الارتباطي للطفل وتنبه فيعود ثانية للمسافة المثلى، بنفس الطريقة التي تنخفض فيها درجة الحرارة الداخلية جداً، فتحفز نظام التسخين المحكوم بالتغذية الراجعة، وتؤدي إلى رفع درجة الحرارة لأعلى مرة أخرى.

وقد تخدم تنويعة كبيرة من السلوك الارتباطي هدف إبقاء الطفل قريباً بما يكفي لمصدر الرعاية، «تماماً كما تخدم تنويعة كبيرة من أنظمة التدفئة هدف إبقاء المنزل دافئاً بما يكفي»، إن قدرة الطفل على الحبو أو المشي نحو البالغين هو أوضح نوع من الارتباط السلوكي، لكن الاستنجاد أو الصراخ أو الابتسام هي طرق فعالة أيضاً لإحضار مصدر الرعاية أقرب فأقرب. إن غضب الطفل من انفصاله عن مصدر الرعاية يمكن أن يخدم دوراً مشابهاً. إن نوبات الغضب قد تحفز مصدر الرعاية لكي يبقى على اتصال أقرب في المستقبل لتجنب نوبات الغضب المتزايدة. إن الغضب يعتبر استراتيجية خطرة، بشكل ما، إذ قد ينفر مصدر الرعاية المتذبذب ويجعله أقل احتمالاً أن يبقى قرب الطفل في المستقبل أما الاستراتيجية الأفضل، عندما يكون مصدر الرعاية متذبذباً، هي أن يفي بالحد الأدنى من طلبات الطفل حيث إن مصدر الرعاية المتذبذب أفضل من انعدام هذا المصدر برمّته.

ويطور الأطفال عادة تواصلاً واضحاً مع عدد صغير من الناس، يوصفون «برموز الارتباط» وذلك في النصف الثاني من العام الأول من حياتهم. ومعظم الأطفال لديهم تسلسل هرمي من رموز الارتباط فمثلاً، الطفل المرتبط بكلا الأبوين، قد يتجه إلى الأم، وليس إلى الأب للراحة والأمان لو كان كلاهما موجوداً، بينما يكون الانفصال عن مصادر الرعاية المألوفة محتملاً بدرجة جيدة نسبياً في الطفولة المبكرة عندما تكون الرعاية البديلة أفضل، ونجد أن الانفصال عن رموز الارتباط في أعمار لاحقة يكون أكثر كرباً وتوتراً، وخاصة للأطفال في أعمار ما بين حوالي 6 أشهر و 4 سنوات. إن الأثر الانفصالي عن رمز الارتباط، أو فقده، سيتم مناقشته في الفصل التالي.

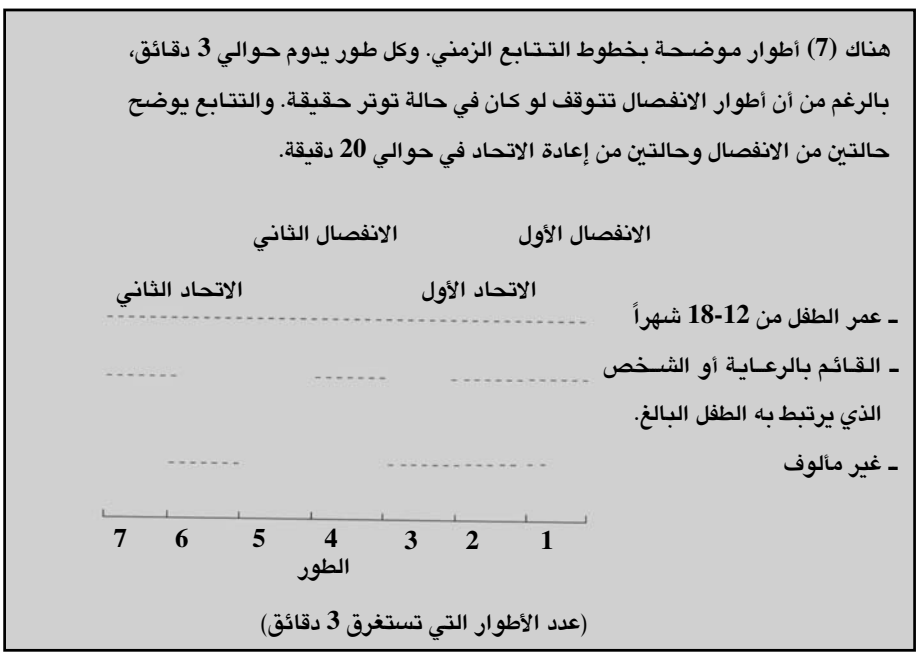
كانت نظرية الارتباط موضوعاً سائداً في علم نفس التطور حتى أن المقومات الأخرى من العلاقات بين أحد الأبوين ـ والطفل قد تم التقليل من شأنها، مثل، اللعب والتعليم، «ووضع الحدود»، إن الأهمية النسبية لهذه الأوجه والنواحي المختلفة من علاقة الطفل بأحد الأبوين تختلف من ثقافة لأخرى. وبواسطة وضع العناصر معاً من علم النفس المعرفي ونظرية التحليل النفسي للعلاقات بين الأشياء اقترح «بولبي» أن صغار الأطفال يعكسون خبراتهم الداخلية مع رموز الارتباط لتوليد «نماذج عمل داخلية»، والأطفال الذين ذاقوا الرعاية الحساسة والمسؤولة، نمطياً، ينظرون للآخرين باعتبارهم موضع ثقة ورعاية ولأنفسهم كأفراد محبوبين ومستحقين للرعاية. وبالعكس فالأطفال الذين تم نبذهم وتجاهلهم، نمطياً، ينظرون للآخرين باعتبارهم غير أهل للاعتماد أو الرعاية، ولأنفسهم كأفراد غير محبوبين وغير مستحقين للرعاية. وفي الطفولة المتأخرة والبلوغ، فإن السلوك الفردي نحو الآخرين سوف يخلق، غالباً، علاقات جديدة في خط واحد مع التوقعات المسبقة فمثلاً، لو افترضت أن الناس الآخرين لا يقدرون الرعاية وتعاملت معهم وفقاً لذلك، فهذا سيقلل من احتمال تقديمهم الرعاية لك وتكون توقعاتك محققة نفسها بنفسها. وهذا عامل واحد يعزز من توقعاتك وتنبؤاتك.

وهناك عامل آخر وهو نزعتنا بأن نراعي بشكل اختياري «نموذج العمل الداخلي» الخاص بنا، ونتذكر بدقة هذه الجوانب من خبراتنا والتي تعزز، متجاهلين أو متناسين الخبرات المتناقضة. إن فكرة «نماذج العمل الداخلية» تلعب دوراً

أساسياً في ربط خبرات الارتباط المبكرة لعواقب نفسية واجتماعية لاحقة هو شيء جذاب لكن البحث التأكيدي مازال في بداياته.

الارتباط الآمن وغير الآمن
(Secure and insecure attachment):

بالرغم من أن كل الأطفال لديهم ارتباطات معينة، فإن نوعية هذه الارتباطات تختلف بدرجة كبيرة. وقد أجريت أبحاث مستفيضة في هذا الموضوع وأهمها هو استبيان (إجراء الموقف الغريب) والذي ابتكرته «ماري اينسورث» (Mary Ainsworth) لفحص الارتباط في الأطفال من (12-18) شهراً، وفي هذا الإجراء يلاحظ الطفل الرضيع عن طريق شاشة أحادية أو كاميرا تليفزيونية أثناء قضاء حوالي 20 دقيقة في غرفة غير مألوفة. يدخل واحد من رموز الارتباط للطفل وأحد البالغين غير المألوفين، الغرفة ويغادرها في تتابع محدد سلفاً، انظر شكل (28-1)


هناك (7) أطوار موضحة بخطوط التتابع الزمني. وكل طور يدوم حوالي 3 دقائق، بالرغم من أن أطوار الانفصال تتوقف لو كان في حالة توتر حقيقة. والتتابع يوضح حالتين من الانفصال وحالتين من إعادة الاتحاد في حوالي 20 دقيقة.
الانفصال الأول
الانفصال الثاني
الاتحاد الأول
الاتحاد الثاني
ـ عمر الطفل من 12-18 شهراً
ـ القائم بالرعاية أو الشخص الذي يرتبط به الطفل البالغ.
ـ غير مألوف
1 2 3 4 5 6 7
الطور
(عدد الأطوار التي تستغرق 3 دقائق)

الشكل رقم (28-1): إجراء الموقف الغريب

ولا يصلح هذا الإجراء ليكون ممثلاً لخبرات الطفل العادية، تماماً كما يستخدم أخصائيو القلب والغدد الصماء «اختبارات التوتر» لكشف القناع عن المرض، والذي قد لا يظهر في الظروف العادية، لذلك فإن (إجراء الموقف الغريب) هو من الاختبارات التوترية المصممة لنرى كيف يتعامل الطفل مع التحدي الثلاثي المكون من بيئة غريبة، وجود غرباء، وأخيراً الانفصال عن رموز الارتباط.

وعندما أدخل هذا الإجراء لأول مرة، وضع كثير من التأكيد على مدى كرب الطفل وتوتره خلال الانفصال في مراحل (3، 4) في الشكل (28-1) حيث يستمر كل طور لـ 3 دقائق. وقد اتضح لاحقاً، مع ذلك إن درجة التوتر حيال الانفصال تتصل أساساً بمزاج الطفل، وليس بتأمين ارتباط الطفل، وبناءً عليه، يتم تقديم مزيداً من الانتباه حالياً لاستجابة الطفل لعمليات إعادة لم الشمل، طور (4، 7) بالشكل (28-1).

إن التصنيف الأساسي يستقي معلومات من (إجراء الموقف الغريب) لتصنيف الأطفال كأفراد مرتبطين بأمان أو بانعدام الأمان لذلك الشخص المعين الذي هو مصدر الرعاية، إن النوع (ب) هو ارتباط آمن، بينما تتشعب الارتباطات غير الآمنة إلى نوع (أ) متجنب ونوع (ج) مقاوم ـ ملتبس. وحديثاً تم إدراك تنويعة إضافية من الارتباط غير الآمن وهو «نوع د مشتت»؛ والأطفال الداخلون الآن في هذه الفئة الجديدة كانوا موزعين عشوائياً من قبل فيما بين فئات (أ- ب ـ ج).

إن سلوكيات الطفل المميزة والمرئية مع كل نوع من الارتباط موضحة في الجدول (28-1).

والجدول يوضح التردد التقريبي لكل نوع من أنواع العينات الأمريكية المعيارية، وكذلك الأساليب الخاصة بمقدمي الرعاية والمصاحبة والأكثر شيوعاً، كما يشير التصنيف المحتمل لنوع ارتباط مقدم الرعاية، إن الارتباط الآمن أفضل بشكل واضح من الارتباط غير الآمن ـ أو هل الأمر كذلك ؟

إنه فعلاً حقيقي، كما ستؤكد المناقشة لاحقاً، إن الارتباط الآمن يتحول فعلاً إلى سعادة لاحقة ونجاح اجتماعي، على الأقل فيما بين الطبقة المتوسطة في الولايات المتحدة الأمريكية.

جدول (28-1): تصنيف الارتباط حسب نموذج (أ ـ ب ـ ج ـ د)

النمط	السلوك المميز للطفل (SSP)	النسبة المئوية في عينة الأصحاء	أسلوب مقدم الرعاية	اقتراح بنوع الارتباط عند مقدم الرعاية (AAI)**
(أ) المتجنب (Avoidant)	يستكشف مع قليل من الرجوع إلى مقدم الرعاية. ويتوتر قليلاً مع الانفصال. ويتجنب أو يتجاهل مقدم الرعاية عند عودته للاتحاد مرة أخرى.	15٪	رافض السلوك الارتباطى أو قد يقوم مقتحماً بلا كياسة. ينقصه الرقة مع الطفل ويخفي الغضب الوالدي.	ممتعض
(ب) = آمن (Secure)	يلجأ إلى مقدم الرعاية كقاعدة آمنة عندما يستكشف، وقد يتوتر عند الانفصال، وعند عودة الاتحاد يبحث عن الراحة ثم يستأنف اللعب والاستكشاف مرة أخرى.	60٪	حساس لإشارات الطفل ومستجيب لاحتياجات الطفل ويستجيب في الحال لتوتر الطفل ويلطف من التأثيرات السلبية.	تلقائي
(ج) = مقاوم ـ ملتبس المشاعر (Resistant-ambivalent)	قليل من الاستكشاف. اضطراب عظيم من الانفصال ومن الصعب أن يستقر عند عودة الاتحاد ويظهر خليطاً من المشاعر الملتبسة بين كل من الارتباط والغضب.	10٪	الاستجابات تكون قليلة وغير ثابتة.	منشغل
(د) = غير منظم ـ غير واعي (Disorganised-disorintated)	لا يوجد نموذج متكامل في سلوك الاستكشاف وعودة الاتحاد ويظهر الخوف والاختلاط في وجود مقدم الرعاية كما يبدو في سلوكه غير المنظم وغير الملتفت لتوجيهات الوسط المحيط به ومتقلب، سلوك متغير غير متوقع عند التقرب إليه والبعد عنه.	15٪	سلوك الوالدين مخيف وغير متوقع لا يستجيب لإشارات الطفل وأهدافه ويعطى للطفل إشارات ثنائية متناقضة وانطباعين مختلفين في نفس الوقت فمثلاً يمد الذراعين ويتحرك بعيداً.	محير

* SSP = إجراء الموقف الغريب

* *AAI = مقابلة الراشد المرتبط

ومن الهام نتذكر أن الارتباطات غير الآمنة تحدث نتيجة للتكيف مع ظروف غير مواتية، بنفس الطريقة عينها التي تجعل نقص النمو البدني نتيجة لعملية سوء التغذية المزمنة، ولو قام مقدم الرعاية بالنبذ والرفض كما هو الحال في النوع

المتجنب (نوع أ) قد تتكون لدى الطفل استراتيجية أشد تكيفاً لنيل بعض الرعاية دون المخاطرة بالهجران الكلي والشامل. «نصف رغيف خيراً من انعدام الخبز»، وبالعكس، فلو كان مقدم الرعاية مشغول الفكر والبال ويميل إلى تجاهل الطفل، فإن الارتباط المبالغ فيه «من النوع ج». وسلوكه قد يجعل الطفل يكون استراتيجية أشد تكيفاً لجعل حاجاته محققة وملباة، ولا يعرف إذا كان الارتباط المشوش «من النوع د» تكيفي على الإطلاق أم لا، فهذا لم يتضح بعد.

إن التكرار النسبي لأنواع ارتباطات (أ، ب ،ج، د)، كما تم تقديره بواسطة «إجراء الموقف الغريب» يختلف بين وضمن الثقافات والحضارات. ولمدى معين، قد يكون ذلك أحد نواتج الإجراء التقديري، وعليه، فبالرغم من أن أقصى معدل للارتباط المقاوم قد وصف في اليابان، فهذا ربما يكون راجع لأن الأطفال اليابانيين الصغار نادراً ما ينفصلون عن أمهاتهم بحيث إن إجراء «اختبارات إجراء الموقف الغريب» يسبب توتراً شديداً لهم مقارنة بأقرانهم الأوربيين أو الأمريكيين وبذلك، فإنه من أشد الاحتمالات أن يحدث التصاق واضح ومتزامن على المدى الطويل.

إن مثل هذه النتائج تبدو أقل احتمالاً لتعلل الاختلافين الآخرين المأخوذين كقطاع مستعرض من بين الثقافات. وفي شمال ألمانيا يرتفع معدل الارتباط التجنبي (النوع أ)، ولعله يعكس دفعة ثقافية نحو الاستقلال المبكر بينما يرتفع في إسرائيل الارتباط المقاوم (النوع ج) على نطاق مستوطنات الجاليات، حيث ينام صغار الأطفال في بيت الأطفال، وهي خلفية يكون فيها الصراخ والبكاء والتوتر شديداً وطويل الأمد قبل أن يستجيب مقدم الرعاية، وتقرر كثير من الدراسات الأمريكية عن الأطفال الذين يقضون الجزء الأكبر من أسبوعهم في رعاية غير أمومية، ارتفاع معدل الارتباط غير الآمن، عساه يعكس الصفة والنوعية الرديئة لبعض من هذه الرعايات غير الأمومية. إن معدل الارتباط غير الآمن يزداد بواسطة العوامل الأسرية المناوئة والمعاكسة مثل اكتئاب الأم، وإدمان الأم للكحوليات والمسكرات أو سوء معاملة الطفل، وهذا يتضح اتضاحاً شديداً في الارتباط غير المنظم (النوع د)، وهو

نوع الارتباط غير الآمن والذي يؤدي إلى حدوث المشكلات المستقبلية (انظر لاحقاً).

وبناءً عليه يختلف معدل الارتباط غير المنظم (النوع د) من حوالي 15٪ في عينتين للطبقة المتوسطة ذواتي أب وأم إلى ما يربو على نسبة 80٪ في أسر سيئة التعامل .

إن التصنيف (أ، ب، ج، د) والذي أسفر عنه إجراء الموقف الغريب، أصبح معيناً عاليً القيمة لمقدمي الرعاية للطفل. إن الطفل الذي يظهر ارتباطاً آمن لأحد الأبوين، ربما لو أعيد تقييمه مع مقدمي الرعاية الآخرين، قد يُظهِر ارتباطاً غير آمن مع أب وأم آخرين، أو مع الجدة، أو جليسة أطفال بالحضانة إذاً قد يتغير نوع الارتباط بتغير مقدم الرعاية. وعليه، فبينما يكون بعض صغار الأطفال مرتبطين ارتباطاً متساوياً مع كافة مقدمي الرعاية لهم، فالآخرون لديهم مزيج من الارتباطات الآمنة وغير الآمنة. ولهذه المجموعة الأخيرة «غير آمنة» ذات أنواع الارتباط المختلط، فإن البرهان الشائع يقترح أن التطور التابع يتأثر بشكل خاص بجودة ونوعية الارتباط لأكثر مقدمي الرعاية أهمية، والسؤال أي مقدم رعاية هو الأكثر أهمية؟

إن مقدار الاحتكاك والاتصال يبدو وثيق الصلة هنا حيث أوضحت عدة دراسات بأنه عندما يقضي الرضّع معظم أوقاتهم وهم يقظون غير نائمين في الحضانة النهارية فإن تطورهم يتم التنبؤ به وفقاً لنوعية وجودة اتصالاتهم بأفراد الحضانة النهارية وموظفيها وليس بجودة ونوعية ارتباطاتهم بآبائهم وأمهاتهم. «وقت الجودة» مع الآباء قد لا يعوض كلية الآثار السيئة والسلبية على الرضع من جراء تعرضهم لسوء الرعاية في حضانة نهارية منخفضة الجودة ولمدة زمنية طويلة.

الارتباط على مدى الحياة
(Attachment througout life):

بينما يختبر إجراء الموقف الغريب (SSP) الارتباط الآمن لأطفال في عمر

(12-18) شهراً، فهناك تقديران جديدان مصممان لأطفال في عمر (3-4) سنوات، كذلك (5-7) سنوات وهذه التقديرات الجديدة تولد أيضاً فئات (أ، ب، ج، د) على أساس استجابة الطفل لإعادة الشمل مع مقدم الرعاية.

ويُعد تصنيف الارتباط للطفل ثابتاً بوجه عام. وأحد التفسيرات لهذا الثبات هو أن نموذج (العمل الداخلي) لتكوين علاقات الطفل يتم تحديده مبكراً في الطفولة، ويصبح حينئذ مقاوماً للتغيير، والتفسير البديل هو أن الظروف العائلية تكون ثابتة بوجه عام، على سبيل المثال، الأم الحساسة والمستجيبة لرضيعها لا تزال حساسة ومستجيبة لنفس الطفل بعد عدة سنوات لاحقة، وبذلك تنشّط الارتباط الآمن في كل مرحلة عمرية. ومن الطرق لجعل هذه التفسيرات البديلة متميزة هو دراسة ما يحدث عندما تتغير ظروف العائلة بشكل واضح للأحسن أو للأسوأ، فعلى سبيل المثال، ماذا يحدث لو كان مقدمو الرعاية لأطفال مرتبطين بشكل غير آمن ثم تدربوا ليكونوا أكثر حساسية واستجابة؟ هل هذا ليس له تأثير لأن الخبرة الأولى قد شكلت الأطفال بالفعل وبشكل لا يمكن تغييره؟ أم سيصبح هؤلاء الأطفال مرتبطين بشكل آمن لأن ما يهم هو الرعاية الحالية وليس الرعاية السابقة؟ الإجابة الصحيحة هي الوسطى، أعني أن خبرات الارتباط المبكرة لها بالفعل آثار ثابتة وباقية لا يمكن ببساطة عزوها إلى استمرارية البيئة، مع ذلك، فهذه الآثار ليست تماماً غير قابلة للتغيير والتعديل ويمكن أن يتم تخفيفها أو ضعفها أو حتى عكسها بظروف حياتية متبدلة جذرياً.

لقد حدث انفجار في أهمية الارتباط في حياة الراشد، فعلاقات الراشد القريبة لها عادة عنصر ارتباط معطى الأمان والراحة ويعد مصدر الثقة، وفي الرشد، خلاف الطفولة، فإن العلاقة غالباً ما تكون رابطة متبادلة بين الأنداد، وكل راشد يكون رمز ارتباط للآخر، وعادة ما يكون مرافق جنسي كذلك، وقد اعتمد البحث في مدى قوة الارتباط في حياة الراشدين على نموذج (مقابلة ارتباط الراشد) [(Adult Attachment Interview;AAI)]، والذي طورته «ماري مين»، فهذه المقابلة

تسأل الراشد عن ارتباطه وتقييم علاقات الارتباط في طفولته، وتستعمل كذلك للاستفسار عن الانفصال أو الخسائر المفقودة وأثر هذه الأمور على تطور وشخصية الراشد المجيب. وهنا يُطلب من الراشد المجيب أن يذكر بعض الأحداث البيوجرافية لاستخدامها في التقييمات العالمية، والهدف ليس هو إعادة إصلاح ما تم خسارته بالضبط منذ عدة سنوات، ولكن لتحليل الحوار الدال على حالة المستجيب الحالية الخاصة بالعقل فيما يتعلق بالارتباط وتعميمها. وتم تعيين أربع فئات، كل منها له صلة مع فئات الطفل (أ، ب، ج، د) المذكورة في الشكل (28-1).

1 ـ الطارد (Dismissing): يستطيع المجيب أن يتذكر عدة ذكريات مشحونة بشكل فعال خلال طفولته، لكن من غير أن يتم تقييم القرب والارتباط. وتتعارض صورة الأبوين المثالية مع التفاصيل المعينة التي يتم استدعائها من الذاكرة. وهؤلاء المجيبون يشبهون الأطفال من نوع (أ) من الارتباط حيث يكون السلوك والمشاعر الخاصة بالارتباط منكرة، ومقيدة أو مكبوحة.

2 ـ الاستقلالي (Autonomous): يقدر المجيب علاقات الارتباط إما أنه يقدم تاريخ مقنع من العلاقات الداعمة عاطفياً في طفولته أو يتوافق مع طفولة يعوزها ذلك. ونمطياً فهو معتمد على نفسه وموضوعي وغير دفاعي في أسلوبه. وهؤلاء المجيبون يشبهون الأطفال ذوي النوع (ب) من الارتباط ـ ويتم التعبير عن مشاعر وسلوكيات الارتباط بطرق مفتوحة ومتوازنة، كذلك اعتمادية واتكالية مناسبة مع ثقة كبيرة في رمز الارتباط.

3 ـ مشغول البال (Preoccupied): يعتبر وصفه لعلاقات الطفولة مشوشاً، وغير مترابط وغير موضوعي، فمازال في غمرة أحداث الطفولة وغير قادر على الانتقال خارج نطاقها. ويكون الغضب من الوالدين غير وارد، وهذا يوضح أن هؤلاء المجيبون يشبهون الأطفال من النوع (ج) من الارتباطات.و تكون سلوكيات ومشاعر الارتباط مبالغ فيها وملتبسة.

4 ـ المشتت (Unresolved-Disorganised): إن مناقشات أحداث الصدام تترك أثارها بهفوات مدهشة في ملاحظة الحديث أو التصرف المنطقي، مما يوحي بنظم ذاكرة مفككة، أو استغراق غير طبيعي في ذكريات اصطدامية غير محلولة.هؤلاء المجيبون يشبهون أطفال النوع (د) من الارتباطات .. أي مشوشون.

إذا أخذنا بعين الاعتبار ما تنطوى عليه هذه المقاييس من تعقيد، وما يبدو فيها من ذاتية الارتباط بين أحد الوالدين والرضيع.وعندما يكون نوع ارتباط الأب أو الأم سواء قبل أو بعد ولادة الطفل مصنفاً حسب (AAI)، وعندما يكون ارتباط الطفل بأحد الوالدين مصنفاً (أ)، أو (ب)، أو (ج)، أو (د)، باستخدام إجراء (SSP)، فإنه حينئذ نجد أن حوالي ثلثي 2/3 الأطفال يحاكون الوالدين في نوع الارتباط. وهذا التوافق هو أكثر العناصر إدهاشاً مع اختلاف طرق التقدير وتحليل النصوص لما يقوله أو يكتبه الراشدون وتحليل شرائط الفيديو عن كيفية تصرف الأطفال.

عواقب الارتباط الآمن وغير الآمن

(Consequences of Secure and insecure attachments)

قارنت عدة دراسات التطور الاجتماعي والنفسي بين الأطفال المرتبطين بشكل آمن وشكل غير آمن، وأن الصورة التي بزغت هي أن الأطفال المرتبطين بشكل آمن يحققون نجاحاً عالياً في المتوسط ومع ذلك ليس كل الأطفال المرتبطين بشكل آمن ينفذون الأداء جيداً، وليس كل الأطفال المرتبطين بشكل غير آمن يكون أداؤهم سيئاً، ومازال الأمر غير واضح، فهل نشأت هذه الاختلافات لأن الارتباط غير الآمن يمثل في حد ذاته عامل خطورة رئيسي، أم أن الارتباط غير الآمن يعمل على ظهور عيوب لشذوذات الأسرة واسعة النطاق، والتي لها آثار معاكسة طويلة المدى، وسواء كانت الرابطة سببية أم لا، فإن الارتباط الآمن يزيد بالفعل من احتمال تكوين الطفل

لعلاقات متجانسة مع البالغين والأطفال. ويتضح هذا في العلاقات القريبة مع أفراد العائلة والأصدقاء. إن الأطفال المرتبطين بأمان أكثر تعاوناً واستجابة لأمهاتهم، وأكثر قابلية للتآلف مع الأقارب الأصغر سناً «بنين وبنات» وأكثر قدرة على اتخاذ أصدقاء أسوياء. ومن النادر ألا يمتثلوا لأوامر الوالدين، أو يتشاجرون مع أخواتهم أو يسيطرون على أصدقائهم. إن منافع الارتباطات الآمنة تتضح في اتخاذ أقران اجتماعيين يتآلفون معهم، ولكن علاقتهم بهم أقل وثاقة وحميمية. وفي المتوسط، فإن غالبية الأطفال المرتبطين بشكل آمن يقل لديهم التعلق العاطفي بالمدرسين، ولكنهم يلجأون إليهم طلباً للمساعدة عندما يواجهون مشكلة أو تحدٍ ما لا يستطيعون مواجهته بمفردهم. ونمطياً، فهم الأكثر شعبية مع زملائهم بالفصل وأقل معاناة كضحايا بسبب إظهارهم تعاطف أكبر مع الأقران وانخراطهم في مشاجرات أقل عند اللعب. إن الارتباط الآمن له أقل تأثير على جودة العلاقات الاجتماعية إذا تقابل مع راشدين أو أطفال غير مألوفين. ومثل هذا التفاعل يكون متأثراً أساساً بالصفة الاجتماعية للطفل وهو سمة مزاجية موروثة، وبالعكس فإن العوامل الوراثية تبدو أقل أهمية في تحديد جودة العلاقات القريبة.

والدراسات المبكرة باستخدام تصنيف الارتباط (أ، ب ج)، وقد أكدت على وجود علاقة بين «النوع أ المتجنب»، والمشكلات الخارجية مثل العنف.

ويبدو الآن من المحتمل أن النوع المشوش (المشتت) «د» في ارتباطه هو عامل التكهن الأقوى في طرح المشكلات على الخارج وفي الظاهر. وعلى سبيل المثال أظهرت إحدى الدراسات أن الارتباط المشوش في (18) شهراً تنبأ بزيادة ستة أضعاف في العدوان الجاد نحو الأقران في الحضانة. وبالرغم من أن غالباً ما يشتمل الارتباط المشوش على عناصر التجنب والتحاشي، فمن الجدير بالذكر أن هؤلاء الأطفال والذين يتصفون بارتباط متجنب محض «وليس مشوشاً»، قلت لديهم القابلية للعدوانية بشكل غير عادي نحو الأقران. وربما نجد أن المحن العائلية

الوخيمة تطلق الأطفال في طريق التطور نحو الارتباط المشوش وعدم الارتياح في مرحلة الرضاعة، ثم اضطراب التحدي المقاوم والعناد في الطفولة الوسطى، وأخيراً نحو اضطراب السلوك العنيف وجنوح الأحداث والصبية في مرحلة المراهقة.

إن العدد الزائد من الدراسات قد استخدم نموذج الارتباط الراشد (AAI) لفحص الارتباط وتصنيفه للبالغين، ومناقشة مدى ارتباطه مع المرض العقلي واضطرابات الشخصية، وقد أسفرت العينات الإكلينيكية لهؤلاء المرضى عن احتمال وجود الارتباط المستقل «أي الآمن» بنسبة (10٪) بالمقارنة بحوالي (60٪) في العينات منخفضة الاختطار أما النسبة الباقية وهي (90٪) من المرضى الإكلينيكيين فهم منقسمون بعدل وبشكل متساوي بين فئات الارتباط الثلاث غير الآمنة (النوع الطارد، ومشغول البال، والمشوش). وحتى الآن توجد بعض الآراء التي تربط بين التشخيص النفسي الخاص، والأنواع المعينة من انعدام الأمان، فمثلاً يتم الربط بين اضطراب الشخصية الحدي وارتباط مشغول البال أو المشوش.

إن الأبحاث المستقبلية في حاجة للعمل على تكامل البقية الباقية من الباثولوجيا النفسية مع ما تم معرفته من نظرية الارتباط.

الفصل التاسع والعشرون

الطبع والتطبع

(الطبيعة والتنشئة)

Nature and Nurture

افترضت دراسات الصعوبات التي واجهت الأطفال، حتى وقت حديث، أن المحصلة السيئة كانت راجعة لظروف غير ملائمة تمت تربية الأطفال فيها. وفي الواقع، قد تكون الصورة أكثر من ذلك بكثير،ضع في اعتبارك مثلاً الأقاويل المحتملة لاستنتاج أن الأطفال الذين يقرأون قراءة رديئة يزداد احتمال خروجهم من بيوت لا ينفق فيها الآباء والأمهات وقتاً كثيراً للقراءة. وسوف يؤدي هذا الاكتشاف إلى استنتاج أن نقص اهتمام الأطفال ونقص القدرة على القراءة انبثقتا من نقص الاهتمام والتشجيع من الوالدين، كثيراً ما يسمع المرء هذه العبارة والتعليق على ذلك بأن «هذا مجرد شيء طبيعي»، ورغم ذلك هناك تفسيرات أخرى مقبولة، وإحدى هذه الاحتمالات أنه بالرغم من حب الآباء والأمهات للكتب وكونهم قرّاء جيدين فقد يواجه الطفل صعوبات القراءة البنيانية «خلل القراءة»، والتي تعني أنه يجد تشجيعاً للقراءة غير مستحب، فأخته الصغرى لا تقرأ وهو لا يحب القراءة شأنه شأن أخته الصغرى. وعنئذ يدرك الوالدان سريعاً أن عليهما أن يتراجعا لتفادي الشكوى والاعتراض والتعاسة الناتجة والتي تلحق بالطفل، والاحتمال الآخر هو أن الوالدين والطفل معاً لديهم كلهم صعوبات قراءة محددة لذلك يتجنب الكل أي شيء له صلة بالقراءة. وهناك احتمال ثالث أن كلا الوالدين والطفل يقدرون على القراءة بسهولة لو كان عندهم الفرصة الملائمة؛ لكنهم يعيشون في بيئة لا توجد فيها كتب بينما يستحوذ الفيديو على معظم الوقت! وبالطبع قد يكون أكثر من واحد من هذه التفسيرات عاملاً ذا أثر في الوقت نفسه.

إن التصنيف لما هو السبب، وما هو نتيجة ليس مجرد مسألة أكاديمية، فإن أردنا أن نحسن حياة الناس فمن الضروري أن نقوم بذلك على الوجه الأكمل، فعلى المستوى الفردي، مثلاً لا توجد حكمة في محاولة تعليم الأم باردة العواطف أساليباً للوصول إلى ابنها المتوحد لو أن عنده في الواقع حالة وراثية من عدم القدرة على التواصل، والذي يؤدي فيما بعد أن تكف أمه الطبيعية بصفة كلية عن معاودة المحاولات وعلى مستوى تحديد السياسات، لا توجد حكمة كبيرة في إعادة بناء دولة متهاوية لكي تخفض المعدل العالي لسوء معاملة الأطفال وحالات الفصام الموجودة، إن الناس الذين يعانون من هذه المصاعب قد انتهى بهم المستقر ليعيشوا في هذه الدولة بسبب كثرة المعوقات الاجتماعية، والتي سوف يصطحبونها معهم إلى مكان آخر يذهبون إليه، والتي يجب معالجتها بذاتها. (قد تكون من الأفكار الجيدة أن نعيد بناء الدولة لأسباب كثيرة أخرى)، وقبل مراجعة عدد من المحن التي تقابلها الأسرة (فصل 30) من المهم أن تأخذ في الاعتبار بعض المبادئ العامة والتي تفصل العلاقات السببية وتفرق بين الطبيعة والتنشئة.

اختلاف العوامل المصاحبة عن الأسباب (Association is not the same as causation):

ترتبط العديد من العوامل الأسرية مع زيادة في معدل حدوث واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية للطفل. ومن السهل تماماً الوقوع في فخ افتراض أن الارتباط يتضمن السببية، فلو كانت الخصائص الأسرية (ف) مصاحبة لحدوث اضطراب نفسي في الطفل (ج)، فقد تكون الحالة أن (ف) يسبب (ج) لكن هناك تفسيرين بديلين في حاجة لأن نضعهما في الاعتبار أيضاً: أي أن (ج) تسبب (ف)، وهي المعروفة «بالسببية المعكوسة»، أو أن كل من (ج) ، (ف) راجعان إلى تأثير «عامل مسبب ثالث، أو عامل مازج ثالث».

السببية المعكوسة (Reverse causality):

من المقبول أن الطفل المضطرب نفسياً يمكن أن يؤثر على خصائص العائلة، فمثلاً الطفل المضطرب قد يثير الاكتئاب، والغضب، والنقد، والبرود، والحماية الزائدة، والعقاب، أو السخط على والديه وبعض الدلائل القوية لهذه التاثيرات تأتي

من دراسات التداخل، فمثلاً أظهرت إحدى الدراسات أنه عند خفض الدواء الذي يقلل من النشاط المفرط للطفل، أفضى ذلك عادة لتقليل نقد الأم للطفل، وزيادة الدفء الأمومي ناحية الطفل، وزيادة في وقت قضاء الأم مع طفلها، كما قد تؤدي سلبية الآباء والأمهات، والتي يثيرها فرط نشاط الطفل إلى تدمير تطور الطفل. وتؤكد البراهين أنه في معظم المواقف، تؤثر بالفعل خصائص الطفل على سلوك الوالدين وهذا بدوره له تأثير مستقل على الأطفال أنفسهم.

العوامل الثالثة (Third factors):

لو كانت الأم وابنتها تخافان من العناكب، فمن الطبيعي أن نفترض أن البنت تعلمت القلق من أمها، أما البديل المقبول: أن خوف الأم وخوف البنت لهما منشأ مشترك: ربما تشترك الأم وابنتها في نزعة وراثية في أن تصبحا خائفتين، أو لأن كلتاهما شاهدتا نفس الفيلم المرعب عن العناكب. ومن منظور فكري، تمدنا دراسات التبني بالبرهان القاطع بالعوامل الوراثية الثالثة، فلو كانت حالة الخوف من العناكب وراثية بحتة، فإن الأطفال المتبنين سوف يشبهون آباءهم البيولوجيين وليس أباءهم بالتبني في هذا الصدد. ونحن في حاجة إلى مداخل أخرى لتحديد هوية العوامل البيئية الثالثة، فمثلاً لو كانت رؤية نفس الفيلم تعلل لمخاوف الأطفال وآبائهم من العناكب، إذن فالمدخل الوبائي لابد وأن يظهر الارتباط بين مخاوف الأبوين ومخاوف الأطفال، وأن هذا الارتباط يتضاءل متى سمح لتأثير مشاهدة الفيلم أن يتلاشى.

إن الأطفال يسكنون ثلاثة عوالم اجتماعية، الأسرة، والفصل، وجماعة الأقران، ورغم وجود الفوارق بينهم إلا أنهم مترابطون، وعليه فالأطفال الذين يخرجون من عائلات محرومة الميزات أو غير متجانسة أكثر احتمالاً أن يذهبوا لمدارس ضعيفة المستوى ويلعبون مع أقران سيئين، وهذا يجعل الأمر صعباً بأن نجزم إن كان الترابط سببياً أم لا، مثلاً لو كان الأطفال من أسر محرومة اجتماعياً يهربون من المدرسة، فهل هذا مرده إلى أن بيئة الأسرة المحرومة تعزز الهروب، أو لأن حرمان الأسرة هو ببساطة سبب التحاقهم بالمدارس ضعيفة المستوى في الجوار القريب، والتي بدورها تعزز الهروب من المدرسة.

ومما يزيد المسالة تعقيداً، أن العوامل المعاكسة تتجمع معاً ضمن أي عالم من عوالم الطفل الاجتماعية، ففي البيت مثلاً، يرتبط الازدحام الشديد بالبطالة،

والفقر، والمرض العقلي للوالدين وزمرة من عوامل الاختطار الممكنة الأخرى. ولو كان الازدحام الشديد مرتبطاً بجنوح الأحداث، فهل هذا الجنوح يُعتبر أثراً مباشراً للازدحام؟ أم هل يعمل ببساطة الازدحام كعلامة مميزة لعوامل الاختطار الأخرى؟

وهناك أبحاث وأساليب إحصائية لمحاولة الإجابة عن هذا النوع من الأسئلة.

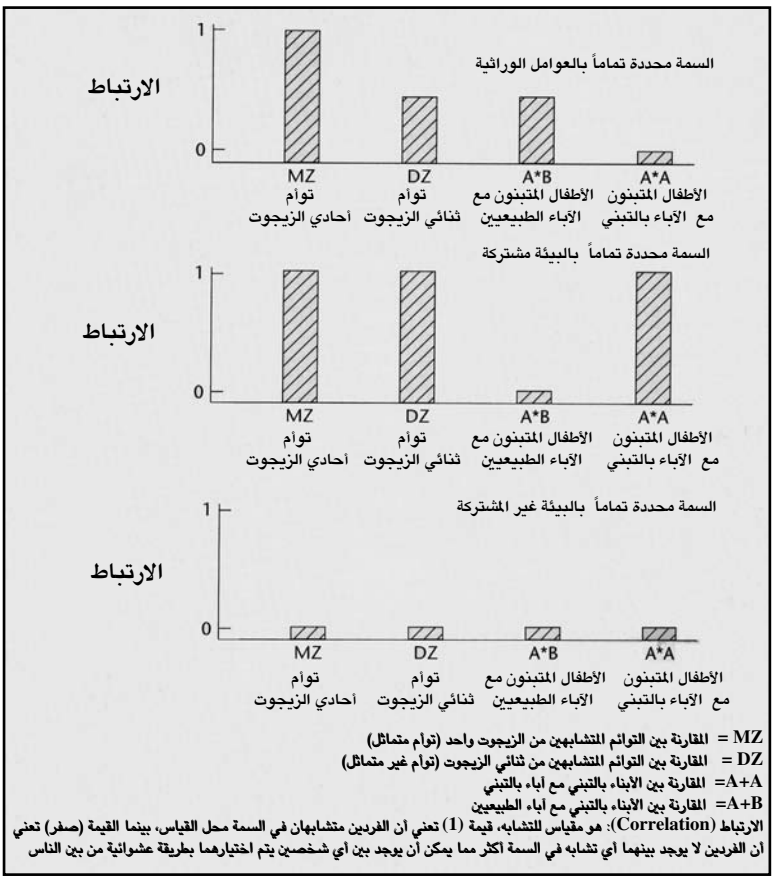
الجينات والبيئة المشتركة والبيئة غير المشتركة (Genes, shared environment and non-shared environment):

حتى السبعينيات، ساد اعتقاد بأن الجينات منحت الناس بناءهم الجسدي، وكأن أسلوب تنشئتهم مسؤولاً عن خواصهم النفسية، وعليه قد يعتقد أن التنشئة الصارمة سوف تميل أن يصبح الطفل شخصية باردة عاطفياً أو منغلقاً على ذاته، بينما التنشئة المتقلبة سريعة الآثار، قد تجعل الطفل متردداً عاطفياً وشخصية معبرة. وقد عُرفت الجينات للتنبؤ بالخواص الجسمانية كالطول، وعرفت بعض أخطاء التتابع الجيني لتسبب اضطرابات إكلينيكية لأن البروتينات الحيوية لوظائف الحياة لم تجتمع بشكل صحيح في الخلايا.

إن التطورات المنهجية في تحليل دراسات التوائم، والتبني أدت لنهضة في علم وراثة السلوك، والتي استخدمت لتحديد المساهمات الجينية والبيئية في أبعاد الشخصية مثل الانبساط/ مقابل الانطواء وسمات السلوك مثل السلوك العدواني، وأعراض الباثولوجيا النفسية مثل الاكتئاب. إن تغاير السمة هو قياس لمدى تغير السمة بين الناس في المجموع السكاني المدروس. وأن قابلية الوراثة تشير إلى نسبة التغاير المفسرة بعوامل جينية، وعليه فقابلية وراثة (25٪) لسمة ما تعني أن ربع التغاير السكاني «تحت الظروف السائدة في وقت القياس»، على ذلك المقياس يعزى إلى الفروق الجينية بين الناس وأن بقية التغاير يُقسم بين مقومين بيئيين، بيئة مشتركة وبيئة غير مشتركة. ومع ذلك قد تضللنا هذه المصطلحات لحد ما، كما سيتضح فيما بعد، أن مصطلح البيئة الغالبة أو المشتركة يعزو إلى عوامل تجعل الناس الذين يعيشون في نفس العائلة متشابهين، بعد إجراء الحسابات للسماح بأي تشابهات وراثية. وعليه، مثلاً، فالفقر والمسكن الرطب وتلوث الهواء قد يفضي بأي فرد يعيش في هذه الأسرة (أم ـ أب ـ ابن ـ نزيل) أن يكون أكثر استثارة واستفزازاً. وبصرف النظر عن ميراثك الوراثي، فإن تربيتك في منزل يتحدث

الفرنسية، يجعلك تتكلم الفرنسية!! وبالتباين، فمصطلح البيئة غير المشتركة يعني وجود عوامل مختلفة تؤثر في الأقارب الذين يعيشون معاً، مثال أن يصدمك أتوبيس، أو أن أفضل صديق لك مدمن للمخدرات... إلخ.

إن الأهمية النسبية للجينات، والبيئة المشتركة وغير المشتركة بين مجموع السكان (تقدر عادة من نتائج دراسات التوائم والتبني بالرغم من أن الاستخدام المتزايد يعتمد على مقارنات للأقارب أو شبه الأقارب أوالأخوة من أم أو أب مختلف والذين يكبرون في عائلات معاد تأسيسها)، والشكل (29-1) يلخص نتائج التوائم والتبني لثلاث سمات: سمة محددة وراثياً بالكامل، وأخرى محددة بالبيئة المشتركة، وثالثة محددة بالبيئة غير المشتركة. وعملياً فإن معظم السمات هو مزيج من هؤلاء الثلاث.



الشكل رقم (29-1): نتائج الأبحاث عن التوائم والمتبنين

التأثير الوراثي (Genetic influence):

وُجد أن معظم الصفات الفسيولوجية لها قابلية وراثة بنسبة (40-60٪) وأن الفروق الوراثية بين الأشخاص تعلل ما يصل إلى نصف التغيرات الملحوظة في عينة سكانية. والمشكلات السلوكية هي إحدى الاستثناءات من هذه القاعدة حيث إن معظم الدراسات توضح وجود مساهمة وراثية أقل في هذا النوع من السلوك، وعلى النقيض تلعب الوراثة حوالي (90٪) في احتمال حدوث (داء التوحد).

تأثيرات البيئة المشتركة
(Effects of shared environment):

في الثمانينيات ادعى علماء الوراثة السلوكية ادعاءً هائلاً يقوم على دراسة التوائم، ويؤكد أن بيئة الأسرة المشتركة لها تأثير قليل على سمات الشخصية، ويذكر المرجع في سنة 1987 أن المادة تكون كالآتي: ما يفعله الآباء يمارسه أطفالهم، وهذا ليس له تأثير على تطور السلوك وجوهر المجادلة هو أن نتائج التوائم والتبني تظهر أن التشابه بين أفراد الأسر يعزو كله إلى جينات مشتركة وليست بيئة مشتركة والذين تم تبنيهم يشبهون بالكاد من تبناهم في سمات الشخصية وفي قمة هذه الادعاءات برزت مشكلات السلوك كاستثناءات هامة للقاعدة العامة معظم الدراسات تؤكد على أن البيئة المشتركة تعد سبباً كبيراً في حدوث المشكلات الموجودة في العائلات.

تأثيرات البيئة غير المشتركة
(Effects of non-shared environment):

لو أن الجينات كانت تفسر حوالي نصف التغير لمعظم السمات النفسية ولوكانت تاثيرات (البيئة المشتركة) ضعيفة أو غائبة فماذا يفسر بقية التغير؟

الإجابة الشائعة حالياً هي البيئة غير المشتركة مؤكدين على أن الأطفال يتأثرون بالتجارب التي لم يشاركوا فيها مع إخوانهم أو أخواتهم، وأنه لمن المقبول

بالتأكيد أنه عندما يعير الآباء اهتماماً شديداً لأحد الأبناء دون الآخرين، فإن هذا يسبب جرحاً لهم، حيث ينالون اهتماماً أبوياً أقل من أخيهم الطفل العادي، وقد اهتم إخصائيو الصحة النفسية بتأثير وضع (كبش الفداء)، وتأثير المحاباة وهي حالات خاصة تبين تأثير البيئة غير المشتركة.

إن التركيز على التجربة الفريدة للطفل في بيئة الأسرة قد يفيدنا إكلينيكياً، وفي نفس الوقت قد يتضح قوة هذه البيئة غير المشتركة، ومن الخطأ افتراض أن الجينات والبيئة المشتركة فقط يعلل نصف التغير في أي سمة نفسية، لأنه حينئذ يصبح تأثير التجارب غير المشتركة لابد وأن يعلل للنصف الآخر. إن بعض التغير الذي لا تفسير له قد ينسب إلى خطأ في القياس وهو ما نقلل من شأنه كثيراً، والبعض الآخر قد يعزى إلى الدور الذي تلعبه الصدفة في نمو الدماغ. أن دور التجارب غير المشتركة يلزم أن نقيمه بطريقة مباشرة ولا يمكن ببساطة مساواته بمصطلح (خطأ) في التحليلات الوراثية السلوكية.

احتياطات يجب مراعاتها عند تفسير الدراسات السلوكية على أساس وراثي:

(Precautions when interpreting behavioural genetic studies):

تنشأ عدة مشكلات كنتيجة للتفسيرات التي تفشل في توضيح أوجه القصور في الطرق المستخدمة.

1 ـ حتى الوقت الحاضر، وكما هو مبين سالفاً، نادراً ما تم قياس تأثير البيئة بطريقة مباشرة، ولكن ما يحدث في العادة هو أنه يفترض أن دور البيئة ينعكس على ما يبقى من التقارير بعد أن يتم قياس سمة ما في عينة من الأفراد، وبعد أن يتم عمل الحسابات الخاصة بدور الجينات على نفس المنوال، وبناءً عليه لو كانت الدرجات المحرزة على سمة في توأم متماثل تم تربيتهما في نفس العائلة و معامل الارتباط الأسري (0.9) أي يكون قد عاش في بيئة مشتركة تسبب 10٪ من التنوع في السمة، ويعتبر هذا افتراض لم يختبر بعد وقد يكون

راجع إلى:

أ ـ **خطأ القياس**: أن الثبات «r» للقياس كان أيضاً (0.9) حينئذ فإن تغير الخطأ يكون واحد r-1 أو (10٪)، وبذلك قد يكونان متماثلين فعلاً في هذه الحالة.

ب ـ **الصدفة**: أي أن نفس المادة الوراثية بالخلايا ربما من خلال التغير العشوائي في تعبيرها الجيني خلال التطور قد أدت إلى شكل قليل الاختلاف حتى في حالة عدم تغير البيئة، وفي هذا المثال فإن التغير الحقيقي قد يرجع إلى التغاير العشوائي للتعبير الجيني، وليس تأثير البيئة المنتظم.

2 ـ إن التباين المتوسط في البيئة عبر مجموعة سكانية قد لا يكون كبيراً مؤدياً إلى التقليل من تقدير آثاره المحتملة فمثلاً الطول في غرب أوربا قدر ليكون له قابلية وراثية أكثر من (90٪) في القرن السابع عشر، والحالة هي الآن ومن الخطأ أن نستنتج أن عوامل البيئة مثل التغذية تلعب دوراً ضعيفاً في تحديد الطول ـ النسبة لمتوسط القيمة بالنسبة للراشدين، فقد ازداد بـ 15سم على مدار الوقت بينما قد تغير المصدر الجيني قليلاً والنقطة الهامة هي أنه ضمن المدى الغذائي في أي نقطة زمنية فإن التعبير عن الطول عبر المجموع السكاني كله كان راجعاً بصفة أساسية لعوامل وراثية، ولو أجريت دراسة عن الإمداد الغذائي لمدة طويلة تصل إلى ثلاثة قرون في عينة تغذيتها غير جيدة كان من الممكن أن تغير قيمة النتائج. وفي علم نفس الطفل أفضت بعض دراسات التوائم لنتيجة أن التربية لها تاثير قليل على تطور الطفل ومع ذلك قد يكون ذلك بسبب أن معظم العينة السكانية لا توجد بينها فروق كبرى في أسلوب التنشئة في أي وقت، وهذا لا يعني أن التربية لا يمكن أن يكون لها آثار عميقة خاصة عندما تكون خارج النطاق الطبيعي؛ إن الأيتام المحرومين بقسوة مثل الأيتام الذين تم دراستهم في أواخر الثمانينيات في رومانيا أصيبوا بتأخر شديد في النمو، كما أن الأطفال الذين أساءت معاملتهم يجيبون بشكل رديء في الاختبارات الوظيفية النفسية. إن البيئة المشتركة تعني الكثير وقد يكون لها معنى أقل في الفروق الأقل تطرفاً ـ وإننا في حاجة لدراسات تحسن البيئات لاختبار ذلك.

3 ـ أن دراسات التوائم قد تقلل من شأن آثار البيئة، حيث إن بعض الطرز الوراثية تشجع الأشخاص على انتقاء بيئات أكثر اختطاراً.

على سبيل المثال إذا افترضنا أن قابلية وراثة سرطان الرئة كانت (40٪) فهذا قد يفسر معنى أن سرطان الرئة راجع إلى آليات خلوية متصلة بذلك المدى، لكن في الواقع قد تكون الشفرة الوراثية للسلوك هي السبب، وبالتالي يؤدي بالتوائم المتماثلة إلى الميل للتدخين. في الواقع أن البيئة المدخنة هي التي تعتبر السبب النهائي للسرطان، وفي علم نفس الطفولة فإن قابلية توريث اضطراب السلوك مفرط الحراك تصل لقيمة عالية لكن يمكن تحديد الآلية وراثياً فقط بالنسبة للسلوك زائد الحركة، والذي قد يؤدي بالأطفال لخلق آباء عدوانيين والذي يفضي بدوره إلى اضطراب سلوكي، ومن الخطأ أن نستنتج أنه بسبب قابلية التوريث حسب القياس تكون عالية وأن تأثير البيئة المشتركة تكون منخفضة أو معدومة وأنه لا توجد علامات قد تعمل عن طريق تغير البيئة وحقيقة فإن التجارب توضح أن تحسين تربية الأطفال ذوي اضطراب السلوك فرط الحراك يحسن بالتالي الأعراض بشكل كبير.

4 ـ في تصنيف التأثيرات غير الجينية على الأطفال تم تقسيم البيئة إلى نوعين: البيئة المشتركة وغير المشتركة وقد أفضى هذان المصطلحان إلى سوء فهم، حتى بين الخبراء! وكما لاحظنا من قبل يستخدم مصطلح البيئة غير المشتركة ليشير إلى اختلافات بين أفراد العائلة بعد أخذ التأثيرات الجينية في الحسبان. وأحياناً قد يكون ذلك راجعاً لتأثير البيئة غير المشتركة، ومع ذلك فإن الاختلاف قد يكون راجعاً لنفس تأثير البيئية المشتركة على الأشخاص ضمن الأسرة، ولكن بشكل مختلف إما مباشرة أو لأنهم يدركونها بشكل مختلف وبناءً عليه فالتعايش مع أب عدواني ربما يجعل طفلاً واحداً قلقاً والآخر عدوانياً والثالث غير مكترث والرابع قد يكون أقوى، وفي هذه الحالة نجد أن رد الفعل هو الذي يختلف وليس التأثير البيئي بحد ذاته فالأمر هو تفاعل بين التأثير البيئي المشارك وحساسية الطفل، لكن أثر علم الجينات على السلوك التقليدي سوف يصنفها بلقب بيئة غير مشتركة ولأخذ مثال آخر: أظهرت دراسات التوائم

لمرضى انفصام الشخصية نتائج، وهي: أن التاثيرات البيئية غير المشتركة تكون كبيرة وأن التأثيرات البيئية المشتركة تكون قليلة، ومرة أخرى فهذا لا يعني بالضرورة عدم وجود شيء في البيئة المشتركة يسبب انفصام عند أولئك الذين لديهم القابلية الوراثية، وعلى سبيل المثال فالهجرة أو التميز قد تجعل أحد أفراد الأسرة فصامياً، بينما الآخر يكون مكتئباً يستطيع التعايش.

5 ـ والآن لدينا وثائق بأن بعض البيئات متأثرة وراثياً، وهذا يفضي إلى تأكيد زائد على آثار البيئة، توضح الدراسات المقطعية أنه في البيوت التي يوجد بها كثير من الكتب والتي يقرأ فيها الآباء كثيراً لأبنائهم وبناتهم يتكون لدى الأطفال شغف بالقراءة يزداد بشكل ملحوظ، وقد تستنتج أن شراء المزيد من الكتب وقراءتها مع الأولاد يفضي إلى تحسن كبير في قراءتهم، ولكن يتضح أن هناك عامل ثالث مؤثر هو معامل ذكاء الأبوين (IQ) له قدر كبير من التأثير، وعليه فالآباء ذوو معامل الذكاء الكبير يقرأون كلاهما لأبناءهم أكثر فأكثر، فيكون لديهم أطفال ذوو معامل ذكاء أعلى وقرّاء أفضل، وهذا لا يعني أن نقول إن زيادة القراءة عند الأطفال ذوي معامل ذكاء منخفض لن تحسّن مقدرتهم لكن الآثار قد تكون أكثر تواضعاً مما هو متوقع على أية حال.

طالما أنه لا يمكن قياس البيئة مباشرة فيجب الاعتماد على الاستنتاج، وخاصة عندما تكون الاستنتاجات الزائفة أقل احتمالاً أو عندما تأتي العديد من الدراسات المختلفة بنفس النتائج.

وتم إجراء العديد من الدراسات لعينات السكان العامة والتوائم والذين تم تبنيهم، ومن العائلات المعاد بنائها، والممتزجة والأسر وثيقة الصلة ومع ذلك فمن الافضل أن نقيس البيئة مباشرة في تصميمات حساسة وراثياً، وقد تشمل الدراسة العاطفة الواضحة والتمييز العرقي والصفة الأبوية الضعيفة ونقص الدعم الاجتماعي إلى آخره، وهذه الدراسات تعتبر البداية، فالنتائج بحاجة لتكون مقاسة في ظل ظروف بيئية متغايرة وقد يشمل هذا تجارب الطبيعة مثل موت أحد الأبوين أو زلازل مدمرة أو تطرفات بيئية من صنع الإنسان مثل الحرب أو الحبس في دار الأطفال والتجارب المضبوطة عشوائياً والتي يعد عامل تغير البيئة مفيداً خاصة في

هذا الصدد، حيث يجب ألا يكون هناك اختلافات سابقة الوجود في المشاركين الخاضعين للبيئة المتغيرة، وقد أوضحت هذه التجارب مثلاً أن تحسين الصفة الأبوية يفضي إلى نقص هائل في السلوك المعادي للمجتمع وأن الحث المعرفي المبكر في أطفال الروضة المحرومين يفضي إلى تكيف أفضل وأداء أفضل في مرحلة البلوغ.

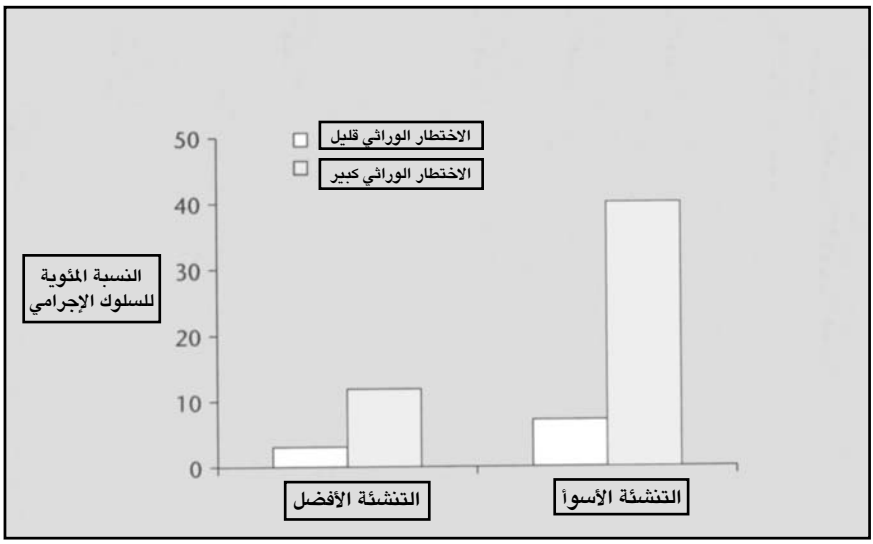
كيف تتفاعل الجينات مع البيئة ؟

(How genes and environment interact?)

إن الفكرة القائلة بأن للجينات أو للبيئة تأثيراً منفصلاً كل على حدة هو فكر ساذج جداً، إذ أن الاثنين دائماً يتفاعلان، فخلال التطور يكون تركيبنا الجيني مصمماً ليكون حساس للبيئة المحتملة، ونحن في حاجة إلى أخذ الآليات التي بها تؤثر البيئات في الطرز الجيني المعين بعين الاعتبار فما هي الآليات التي تؤثر من خلالها الجينات في التفاعل مع بيئة معينة؟

في الستينيات من القرن العشرين رسخت الدراسات الطولية الفكرة بأن أمزجة الأطفال تؤثر على كيفية ترتيبهم، وعليه فالأطفال الهادئون أقل تأثراً بالآباء عديمي الحس عن تأثرهم بالآباء الهائجين، ومع ذلك كان لدراسات التبني الأحدث قابلية السماح لإظهار كيفية وشأن المصادر الجينية للتغير في الأمزجة تؤثر في الآباء، بل وتتفاعل معها. وقد أوضحت الدراسات الترصدية أن النظم التي يسنها الآباء القائمون بالتبني تكون أكثر صرامة وحزم عندما يكون لأبنائهم بالتبني آباء حقيقيون مجرمون، ربما بسبب صعوبة التعامل مع الأطفال؛ لأنهم قد ورثوا نزعة للسلوك الفوضوي والمشاغب، وقد قسمت دراسات التبني الإسكندنافية الميول الأولية الحيوية للأطفال إلى خطر عالٍ وخطر منخفض وفقاً للتاريخ الإجرامي للآباء الحقيقين أو إدمانهم للكحول، ثم تم تقسيم البيئة التربوية للأسر التي تقوم بالتبني وفقاً لنفس المعايير بافتراض أن الآباء بالتبني سواء مجرمون أو مدمنون للكحول سوف يقدمون تنشئة أقل نموذجية، وقد قيست النتائج بمعدلات تورط الصبية المراهقين والمراهقات في السلوك الإجرامي وتتضح الدراسات النموذجية في الشكل

(29-2)، والتي أظهرت أن معدل تورط المراهقين والمراهقات في السلوك الإجرامي بين الذين نشأوا في بيئة مثالية بالتبني ولهم آباء حقيقيون مجرمون نحو 12٪ مقابل 3٪ من الذين نشأوا بين آباء حقيقين أي (نحو 4 أضعاف). مما يوحي بتأثير بيولوجي كبير ومعظم هذا التأثير البيولوجي يحتمل أن ينقل وراثياً لكن البعض قد ينقل بيئياً، وعلى سبيل المثال فاستهلاك الكحول العالي للأم خلال الحمل يؤثر على التطور الدماغي للجنين، وكان تأثير إدمان الأطفال للكحوليات إذا كانت الأم مدمنة يصل إلى 7٪ مقارنة بـ 3٪ عند وجود بيئة عالية الخطورة بالتبني وليس الأب أو الأم مدمنين أي أكثر من الضعف.



الشكل رقم (29-2): التفاعل بين الاختطار البيولوجي والاختطار الاجتماعي: معدل ارتكاب الجريمة للأطفال بالتبني حسب حالة الخطر سواء عن طريق الآباء الطبيعين أو الآباء بالتبني [المعلومات مأخوذة من بوهمان 1996 (Bohman 1996)].

ومع ذلك فالنتيجة المدهشة هي أنه حيثما كان هناك أطفال ذوو خطورة بيولوجية عالية تم تربيتهم في بيئة سيئة أقل ملاءمة، ارتفع معدل الإدانة من 12٪ إلى 40٪ وهذا يوضح تفاعل قوي يؤدي به الخطر البيولوجي إلى نتيجة أكثر سوءاً

في حالة الوجود لبيئة سيئة. وعليه يصبح تأثير البيئة أعلى عند الامتزاج مع الحساسية الوراثية أو البيولوجية. وهذا قد يفضي إلى بعض التفاؤل العلاجي، حيث إن الحالات ذات المآل الأسوأ والقابلية الوراثية الأعلى قد تكون تلك التي يمكن تحسينها لأفضل درجة، بعكس الحالات سيئة المآل ولا يمكن عمل أي شيء مجدي حيالها.

وقد تترجم القابلية والحساسية الوراثية إلى نتائج أردأ خلال آليات عديدة. أولاً: قد تؤدي إلى أمراض نفسية بصرف النظر عن التغايرات العادية في البيئة، كما يظهر في حالة (التوحد)، ثانياً: قد تؤدي إلى حساسية أشد للبيئات الأقل ملاءمة، مثلاً الطفل ذو المزاج الثائر وراثياً قد يكون عرضة أكثر لإصابته بنوبات غضب، وتظهر عليه أعراض سلوكية كرد فعل لعدم حساسية الأب أو الأم وهناك مثال موثق حديث ذو طرز جيني معين، لهذه الآلية يوضح أن الأطفال ذوي التغاير الواحد من جين A (أوكسيداز أحادي الأمين) أكثر عرضة لتطور السلوكيات المعادية للمجتمع لو كان الأب أو الأم قساة ولكن ليس خلاف ذلك. ثالثاً: ربما يصاب الشخص بميل مسبقاً يهيئه لتعرض أكبر لعوامل الخطورة المعروفة، مثال الشباب ذوو اضطراب السلوك أكثر احتمالاً لتعاطي المخدرات والكحول.

والخلاصة، هي أن الجينات والبيئة تتفاعلان دائماً بطرق معقدة، ولازال أمامنا الكثير للكشف عن هذه الآليات، ونأمل أن يتم خلق المزيد من التداخلات الفعالة.

الفصل الثلاثون

التعايش مع الظروف غير المواتية

Coping With Adversity

إن التغلب على الظروف الصعبة يعتبر أمراً جوهرياً للبقاء على قيد الحياة ويتوقف نجاح الجنس البشري على مقدرته في التجاوب مع متسع من المشكلات بذكاء ومرونة ليتكيف جيداً مع كم هائل مختلف من البيئات، أو لنتحكم في البيئة لتكون موطناً للراحة وليست موضوعاً مزرياً، فعلى المستوى المثالي يجب أن تعمل تربية الأطفال على تطوير مهارات التعامل لديهم وبذلك يستطيعون التعايش مع التحديات التي يواجهونها في مجتمعهم كراشدين مهما يكن الأمر فقد لا يكون الأطفال في موقع يمكنهم من التغلب على بعض التغيرات الأساسية في حياتهم، والتي قد تعرض سلامة تطورهم للريبة والشبهة وتدمر مقدرتهم على أن يحيوا حياة واثقة وناجحة، ويبدأ هذا الفصل بمراجعة تفاعلات الأطفال وعدد الورطات والمآزق المؤلمة التي قد تحل بهم ثم نذهب لمناقشة كيفية التعامل عامة.

الضغوط الشائعة (Common stressors):

تتضمن إحدى طرق تصنيف الصعوبات تقسيمها إلى تغيرات كبرى منفصلة تسمى أحياناً بأحداث الحياة وإلى مواقف صعبة مستمرة تسمى بالمحن المزمنة، وفي الراشدين تعد المصاعب اليومية التي يواجهها البالغون والتي يمكن أن تبدو ذات شأن نسبي بحد ذاتها، وتسمى الصراعات اليومية أحد المحددات الهامة للباثولوجيا النفسية ومع ذلك فقد بُحثت بقدر قليل في الطفولة وعليه فهذا التعليق يكون أساسياً عن الأحداث الحياة والمحن المزمنة وكذلك يأخذ بعين الاعتبار [1] **الاضطرابات النفسية**: ومن الهام أن يهتم بتأثيرها على [2] **الوظيفة** على سبيل المثال بمعنى القدرة على خلق علاقات جيدة وتطوير قدرات أكاديمية وكفاءات أخرى

ثم [3] **الكروب الشخصية** وكل من الثلاثة سوف يؤثر على جودة الحياة العامة للطفل وأسرته أيضاً وعليه فلو تُرِك الأطفال بدون أعراض نفسية ولم يكن هناك ما يزعجهم ـ وليس معنى هذا أن كلَ شيء على ما يرام ـ فقد يكون ليس لهم أصدقاء ويقضون معظم النهار يشاهدون التلفاز ولا ينجزون أي شيء، وبالمثل قد لا يكون هناك اعراض نفسية، وقد يؤدي الأطفال وظائفهم بشكل جيد جداً بمعنى النجاح الدراسي أو أي إنجاز آخر، أما لو كانوا مشغولي البال دائماً بذكريات أليمة عن فظاعة ما عانوه من معاملة قاسية فحينئذ تكون النتيجة سيئة.

الانفصال والفقد (Separation and loss):

إن الارتباط موضوع مركزي في التحليل النفسي وعلم نفس التطور (راجع فصل 28) وقامت دراسات عديدة لفحص ما يحدث للأطفال عندما تتمزق روابط الارتباط مؤقتاً بالانفصال أو بالتفسخ الدائم بالفقد.

لاشك أن الأطفال غالباً ما يجدون الانفصال والفقد مزعجاً جداً لكنه أمر غير واضح ما إذا كانت هذه الخبرات المزعجة في حد ذاتها لها عواقب وخيمة وطويلة المدى على الأطفال وبالطبع فمن المرغوب فيه منع أو تقليل الكروب قصيرة المدى سواء كان لها عواقب وخيمة طويلة المدى أم لا. ومع ذلك فمسألة النتيجة طويلة المدى هامة.

هل الانفصال أو الفقد الأولي يمهد الطفل ويجعله ميالاً للاضطراب النفسي المستمر وللمحاولة للإجابة عن هذا النوع من الأسئلة فمن الهام أن نأخذ في الحسبان (العامل الثالث) (انظر فصل 29)، فمثلاً عند دراسة آثار الخلافات الزوجية على الأطفال فمن الهام أن نسأل ما المدى الذي يترتب عليه آثار وخيمة راجعة إلى خلاف عائلي سابق ومتصل كما هو الحال في الانفصال عن واحد من الوالدين، وفي هذا الصدد من المدهش أن المشكلات النفسية طويلة المدى يحتمل أن تتبع وتعقب خسارة أحد الوالدين خلال الطلاق، كما هو الحال خلال الموت وهذا يقترح أن النتائج والعواقب للخسارة أكثر أهمية وخطورة من الخسارة نفسها وبالمثل عند شمل الطفل بالرعاية (بالتبني)، فإن النوعية الرديئة للرعاية السابقة

تكون أكثر اختطاراً كعامل تكهن للمشكلات المستقبلية عن الواقع الذي يكون أنهم انفصلوا عن أبائهم وأمهاتهم الطبيعيين. ومن الهام أن نذكر أن الانفصال والفقد قد يُحرك سلسلة من الأحداث المنوطة والتي لها عواقب مستمرة في حد ذاتها فمثلاً قد يتبع الطلاق باكتئاب للأب أو الأم أو مراقبة أبوية غير فعالة أو التحويل إلى مدرسة أسوأ أو مصروف أقل لنشاطات الترفيه والذي قد يقلل من الثقة بالنفس ويحد من عمل الصداقات وقد يكون له آثار طويلة المدى على سلوك الأطفال حتى وأن لم يكون للطلاق التأثير نفسه وتجزم عدة رسائل بحثية أن التأثير طويل المدى لموت أحد الأبوين يتوقف بقوة على الرعاية التالية لغيابه.

وبأخذ هذه المسائل المختلفة بالحسبان فمعظم نتائج الأبحاث تقترح أن الانفصالات والخسائر ليست في حد ذاتها عوامل اختطار كبرى للاضطراب النفسي المتواصل، وبرغم أن عواقبها غالباً ما تكون كذلك وليس معنى هذا أن نقول إنه لن يتم تذوق هذه الخبرات باعتبارها مؤلمة جداً في حد ذاتها ولكن تبعاتها قد تكون نقطة تحديد في حياة الشخص وربما يؤثر بقوة مثلاً على أن يقرر الشخص بدوره أن يربي وينشئ أطفاله فبالأحرى تقترح الدلائل أنها بنفسها لا تؤدي إلى زيادات كبيرة ومتواصلة في الاضطرابات النفسية أو فساد الوظائف النفسية الاجتماعية.

الإدخال إلى المستشفى (Hospital admission):

يزيد الألم والمرض حافز الطفل ورغبته في البقاء بقرب رمز الارتباط عند دخوله في المستشفى وحده ومواجهته نوع من تجربة الانفصال العصبية وخاصة إذا طالت المدة على مدار عدة أيام أو أسابيع، فالأطفال المعالجون في داخل المستشفيات الذين لا يرون آباءهم وأمهاتهم يمرون بأطوار متتابعة من الاحتجاج واليأس والمعاناة.

وهذه التفاعلات للانفصال تظهر بوضوح عندما يتراوح عمر الطفل بين ستة أشهر وأربع سنوات. وتم تصوير هذه الحالات بشكل لاذع في أفلام (جير وجويس روبيرتسون) وبالرغم من أن الانفصال لمرة واحدة يسبب الدخول والعلاج

بالمستشفيات لا يرتبط مع الخطر الزائد من الاضطراب النفسي إلا أن الحجز المتكرر يرتبط بمعدلات عالية من المشكلات اللاحقة مثل اضطراب السلوك والجنوح.

ويكون هذا الخطر المتزايد أكثر وضوحاً في العائلات غير المنسجمة وموحياً بأن كثيراً من العواقب المزمنة والمؤذية للقبول المتكرر بالمستشفيات قد يتوسط بتأثير معاكس على علاقات الأسرة التابعة. ورغم أن الانفصال مؤلم للطفل فمعظم الأسر قادرة على درء كروب الطفل خلال وبعد الحجز بالمستشفى، وبذلك نقلل العواقب قصيرة المدى إلى الحد الأدنى، والدراسات التي أُجريت في وقت كانت فيه عنابر الأطفال معيقة للاتصال الأبوي أظهرت أن التأثيرات الضارة لدخول المستشفيات يمكن خفضها بالاتصال الأبوي المتزايد، ولحسن الحظ كلما زادت عملية الوعي بحاجات الطفل الارتباطية كلما تغيرت سياسات المستشفى بشكل واضح بحيث إن الآباء الآن يتم تشجيعهم عادة للبقاء مع طفلهم لأطول فترة ممكنة أو حتى للتواجد معهم في العنبر نفسه. ولأجل بعض الأسباب المختلفة فإن آباء الأطفال المبتسرين في وحدة العناية المركزة غالباً ما يشجعون على التفاعل والتعايش مع أطفالهم، وبالرغم من أن الأطفال يكونون صغاراً جداً بحيث لا يمكن الارتباط بهم فإن التلامس والاتصال الزائد يشجع على وجود آباء مستجيبين وحساسين بشكل تابع وبشكل كله أمل لتقوية روابط الأبوة والأمومة مع الطفل، فهذا سوف يساعد على إلغاء آثر الخطر المتزايد لسوء معاملة الطفل بعد ولادة الخدج.

الحرمان (Bereavement):

إن موت الأب أو الأم يتبعه عادة فترة كرب شديد ثم يتناقص بالتدريج على مر الشهور، وقد يظهر الكرب والبلاء خلال الأعراض العاطفية أو المشكلات السلوكية أو مزيج منهما معاً، إن الانسحاب الاكتئابي الشديد يكون أقل وضوحاً في الأطفال عما هو واضح في أمثلة أخرى مثل انعدام الاهتمام بالمدرسة ولا توجد بالتأكيد رابطة قوية تنبئ بحدوث الاكتئاب في حياة البالغ التالية، وقد تكون هناك رابطة ضعيفة ولكن هذا محل جدال ويفسر بوجود ظروف غير مواتية تؤدي إلى عواقب نفسية اجتماعية في حياة البالغ، فهذا يكون أقل ارتباطاً بالحرمان نفسه لكن

تفسيرها يعود لوجود عواقب غير مباشرة مثل أن تصير أكثر فقراً، ولو أن الأم مازالت على قيد الحياة تصبح مكتئبة أو نتيجة لخبرات وتجارب سلبية مع زوج الأم أو زوجة الأب، فالموت الذي يشهده الطفل مثل احتضار الأم خلال هجوم من الأب، أو خلال إحدى الحروب أو المشاحنات يرتبط بارتفاع نسبة الوفاة بشكل ملحوظ في الأطفال.

الطلاق (Divorce):

وعادة ما يتبع سنوات من التدهور الانفصال في علاقة الأب بالأم، ويجب تذكر ذلك عند القيام بعقد مقارنات بين أطفال من آباء مطلقين وغيرهم من أسر سليمة، وأن الفروق تعود جزئياً إلى خلاف موجود من قبل، أو إلى قدرة ضعيفة للآباء على الاتصال، وما إلى ذلك ويميل الآباء للشعور بالقلق والرفض وانعدام الكفاءة خلال العام الأول بعد الطلاق وتتناقص هذه الأعراض في العام الثاني ويبقى الآباء المطلقون ملتبسين حيال علاقتهم ببعضهم البعض مع نزاع ناتج غالباً، وكلا المشاعر الإيجابية والسلبية تقل لو وجد الأب زوجة أو وجدت الأم زوجاً، إن صفة الأبوية المتقطعة للأطفال تكون متكررة خاصة لأطفال من أمهات، وبالعكس فقد تكون الأمهات منزعجات جداً من أولادهن والذين قد يلومونهن على فقد والدهم.

إن حياة الآباء تحكمها غالباً مسائل عملية مثل عدم امتلاك المال الكافي أو عدم القدرة على تنفيذ كافة شؤون المنزل من أعمال روتينية ويصاب الأطفال أيضاً في البيت أو المدرسة وتصبح التفاعلات الاجتماعية ممزقة وغالباً ما يصحبها الكثير من العدوان والتوتر والخوف مع الحاجة للسعي للمساعدة من البالغين والقرب إليهم والأولاد غالباً ما يسعون للمساعدة من ذكور بالغين. وبالمقارنة مع الأطفال الآخرين فهم أكثر سلبية وأقل إيجابية تجاه البالغين.

وعادة ما يأمل الأطفال الصغار بكل اليأس لتسوية العلاقة، حتى ولو كانت الحياة قبل الطلاق محفوفة بالخلاف الشديد وهناك خوف من أن الأب يستبدل خلال الزيجة الثانية. وتظهر الدراسات المستقبلية أن الأولاد سوف يعانون لمدة سنة

أو سنتين بعد الطلاق في المتوسط من ارتفاع في عدوانية السلوك والقلق والاكتئاب وهذا الارتفاع يقدر بثلث الانحراف المعياري إحصائياً وتظهر الدراسات التابعة أنه بالرغم أن بعض الأطفال يصبحون أفراداً منتجين وأسوياء، فإن للطلاق تأثيراً كبيراً على حياتهم فمثلاً.. قد يعانون من قلق دائم بأن علاقاتهم الخاصة سوف تنتهي بالانفصال والطلاق كما حدث لآبائهم أو تزوج الآباء مرة أخرى، فعلى الأطفال أن يقدموا تكيفات أبعد. وبينما يظهر الأطفال الصغار علاقات حسنة مع زوج الأم أو زوجة الأب فالأطفال الأكبر لا يفعلون ذلك، وفي المتوسط فإن الأطفال الذكور يكونون أكثر تأثراً ومعاناة من البنات بسبب الطلاق، بينما تكون البنات أكثر معاناة من الأولاد إذا ما تزوجت أمهاتهم مرة أخرى.

الخلاف العائلي(Family discord):

هناك ارتباط واضح بين الاضطراب النفسي للطفل كونه نشأ في بيت كله خلاف، إن الخلاف ومجادلات الغضب والعدوانية ترتبط باضطراب السلوك في الأولاد والاضطرابات العاطفية في الأولاد والبنات، إن الخلاف هو عامل اختطار في حد ذاته وليس مجرد مؤشر لعوامل الاختطار الأخرى مثل الفقر أو قلة المبادئ أو الإشراف والمراقبة الضعيفة.. ومثلاً الخلاف هو عامل تنبؤ قوي على مشكلات الطفل النفسية حتى في الأسر الغنية، ولا يعتبر غياب الدفء في علاقات الأسرة المترابطة معادلاً لوجود الخلاف. إن خلاف الأسرة يرتبط غالباً بالنظام المتبع بشكل سيء حيث يكون من الصعب تفريع تأثيراتهم المختصة.

وفي البيوت المليئة بالخلافات هناك دليل قوي على أن الأطفال يتعلمون أن السلوكيات المناوئة هي طريقة فعالة في جذب انتباه الآباء والأمهات، وعليه يشجع الآباء بشكل غير متعمد نوبات الغضب والسلوكيات غير المستحبة الأخرى مثل الشكوى المستمرة والعصيان، وفي الأطفال الصغار قد يكون هذا التأثير حادثاً في مواقف خاصة إذ يتصرف الأولاد بشكل سلبي عندما يتعرضون لخلاف بالمنزل لكن يرتبطون بشكل عادي مع الناس خارج أسرتهم وعلى مدار الوقت، مع ذلك، فإن أسلوب السلوك السلبي يثبت ويظهر الطفل وقد جسد داخلياً نمط التفاعل للآباء

مكرراً النمط نفسه في علاقات أخرى، وبكلمة أخرى فإن الأطفال يتم تربيتهم للاستجابة بطريقة ما قد تساعدهم في التربية احتياجاتهم من الاهتمام والانتباه المقابل والموجود في البيت، ولكن ذلك يكون سيء التكيف مع العالم الخارجي.

وفي الملاحظة الإيجابية نجد أن العشرات من التجارب المضبوطة قد أظهرت أن الآباء يمكن أن يتعلموا طرقاً نظامية وتأديبية أفضل للارتباط بأبنائهم، والذي يكون مصحوباً غالباً بنقص في الخلاف والنقض، ومثل هذه البرامج الأبوية تفضي إلى نقص شديد في العصيان والسلوكيات المناهضة للمجتمع الأخرى وزيادة في مهارات التعامل الاجتماعية.

مشكلات الصحة العقلية للوالدين (Parental mental health problems):

عندما يصاب الآباء أو الأمهات بمشكلات صحية عقلية، فإن أبناءهم يقعون في اختطار متزايد من المشكلات السلوكية والعاطفية، مع زيادة ملحوظة في احتمال حدوث اضطرابات السلوك، وأحياناً يعاني الجميع من مشكلات نفسية بسبب الجينات المشتركة والبيئة المشتركة أو القولبة النموذجية المباشرة، وهذا يصير واضحاً في بعض الأسر، حيث يعاني الآباء والأبناء من اضطرابات اكتئابية وقلق متكرر، ومع ذلك نجد أن الآثار المناوئة للمشكلات الصحية العقلية للوالدين يقل تأثيرها بتعرض الأبناء لسوء التربية الوالدية التي تنطوي على العداء الوالدي والخلافات الزوجية فهذه العوامل تزيد من اختطار المشكلات السلوكية المعادية للمجتمع والعاطفية في الأولاد عامةً. فالآباء المصابون باضطرابات الشخصية «سواء معادية للمجتمع أو خلاف ذلك» يكون أولادهم أكثر عرضة للإصابة باضطرابات سلوكية أكثر من الآباء المصابين بالاضطرابات الانفعالية أو النفسية أو الذهانية، وتعكس هذه الحلقة أساساً النزعة الكبرى لدى الآباء المعاقين من الاضطرابات في الشخصية ليكونوا غير منسجمين بل وكارهين أطفالهم، وقد تكون خصائص الطفل كذلك وثيقة الصلة إذا كانت الأمور الأخرى متساوية ويكون الأطفال ذوو المزاج الحاد أكثر عرضة لاستثارة العداوة الأبوية مقارنة بالأولاد منسجمي المزاج.

ظروف غير مواتية أخرى
(Other adversities):

من الشدائد الأخرى التي تستحق الذكر في الممارسات الإكلنيكية نجد سوء معاملة الأطفال (فصل 23)، والوقوع كضحية (فصل 31)، والفقر وتأثير الحروب والهجرة التي تليها.

حجم الأسرة وترتيب الميلاد
(Family size and birth order):

يمكن قياس ذلك بسهولة وبثقة حتى أنه يمكن اعتبارهما كمتغيرات تنبؤية في معظم الدراسات الخاصة مشكلات الطفل النفسية، والباحثون الذين يجدون صلة بين المشكلات النفسية وتركيب الأسرة من المحتمل أن يسجلوا هذه النتيجة، بينما الباحثون الذين لا يجدون مثل هذا الارتباط قد يركزون على نتائج إيجابية أخرى، بل ولا يقررون النتائج السلبية. إن النتيجة القابلة للتنبؤ هي فيض من التداعيات المسجلة بالتقارير ومعظمها لا يُذكر مرة أخرى في دراسات تالية.

وأحد النتائج الثابتة التي تظهر من هذا الوسط المتعكر هو أن الأطفال من العائلات الكبرى يعانون من خطر كبير لإصابتهم بالمشكلات السلوكية وجنوح الأحداث، وربما قد يعكس هذا جزئياً علاقة ارتباط بين الأسر الكبيرة والعيوب الاجتماعية، فإن حجم العائلة ربما يكون له أيضاً تأثير مباشر من خلال عدد الأخوة كونهم عامل تنبؤ أقوى لحدوث المشكلات أكثر من عدد الأخوات، وخلافاً للأسطورة الشعبية، فالأطفال فقط لا يكونون متميزين نفسياً، فالأطفال من الأسر الصغيرة يكونون في عرضة أقل للخطر النفسي سواء كان بالأسرة طفل أو طفلان أو خلاف ذلك.

وهناك واحدة من التداعيات الهامة في كوكبنا المزدحم، وهي أن الآباء الذين يختارون أن يكون لهم طفل واحد فقط لا يحتاجوا للشعور بأنهم يعرضون بشكل أناني الصحة العقلية للطفل للخطر.

بينما معظم الأطفال الأصغر والأكبر يأتون من عائلات لديها طفلين، فالأطفال المتوسطون يجب أن يأتوا من عائلات بها على الأقل ثلاثة أطفال.

وبناءً عليه فالرابطة بين حجم الأسرة الكبير ومشكلات السلوك سوف تجعل الأمر بشكل لا مفر منه، يبدو كما أن الأطفال المتوسطين لديهم المزيد من مشكلات السلوك عن الأطفال الأكبر أو الأصغر أن لم تأخذ في الحسبان حجم العائلة. وليس من الواضح إذا ما كان ترتيب الميلاد له تأثير على المشكلات النفسية أم لا طالما أخذنا في اعتبارنا تأثير حجم الأسرة بالرغم من احتمال وجود رابطة بين رفض المدرسة وكون الطفل أصغر الأطفال في العائلة.

التعايش والمرونة (Coping and resilience):

الاختطار التراكمي (Cumulative risk):

هل بعض الخبرات المناوئة يكون مدمراً بصفة خاصة، بينما البعض الآخر يكون له تأثير مؤذ وباق بشكل أقل؟ تشير الآن عدة دراسات طولية إلى أن كمية التوتر وليس نوعه هي الأوثق ارتباطاً بالموضوع، فالتعرض لواحد أو اثنين من الضغوط المعتدلة أو عوامل الاختطار يرفع فقط وبصورة صغيرة من معدل الاضطراب النفسي، بل ربما يكون له ميزات طويلة المدى، فالأطفال الذين قابلوا وتعاملوا مع ضغوط معتدلة قد يكونون أكثر مقاومة للضغوط في الجزء اللاحق من حياتهم أكثر من الذين تم حجبهم عن كل الضغوط السابقة (وهذا ليس سبباً للعمل على توتر الأطفال عن عمد رغم أنه سبب لتشجيعهم لقبول التحديات التي يستطيعون مواجهتها بنجاح)، ورغم أن التعرض لواحد أو اثنين من الضغوط المعتدلة أو عوامل الاختطار، قد يؤدي بقليل من الأذى وربما بعض الخير، فالأطفال يكونون أكثر احتمالاً للتأثر بشكل معاكس عندما يعايشون المحن الكثيرة. وطالما يواجه الأطفال ثلاثة أو أكثر من الضغوط أو عوامل الاختطار، فإن معدل النواتج الرديئة يرتفع من ثلاثة إلى خمسة أضعاف مقارنة بالعينة الضابطة، وتحت هذه الظروف فإن غالبية الأطفال يعانون الاضطرابات النفسية، أما عوامل الاختطار

الأساسية المتضمنة فهي كما يلي:

- مخاطر بيولوجية: (مرض جسدي ولا سيما إصابة الدماغ أو نقص الوزن عند الولادة).

- الصحة العقلية للأبوين، والشخصية والذكاء: يُعَد أي اضطراب نفسي خاصة الذهانيات الكبرى وإدمان الكحول والصفات الإجرامية، والاضطرابات الشخصية ذا أهمية خاصة. وكل عامل من هذه العوامل يعمل بشكل مستقل عن أسلوب التربية والتنشئة.

- اضطراب عائلي وظيفي: نتيجة خلاف بين الأبوين، والكراهية، وتوجيه النقد، وأحداث الحياة العاصبة.

- الجوار الخطر: ارتفاع معدل الجريمة، والعنف، وإتاحة المخدرات، والتدريس الرديء، والترابط الاجتماعي المنخفض.

المرونة وعوامل الحماية

(Resilience and protective factors):

بالرغم من أن عوامل الخطر التراكمية والتوترات الكبرى عادة ما يكون لها تأثيرات مناوئة، لكن قد لوحظ أن بعض الأطفال يؤدون بشكل أفضل من غيرهم، وهذا قد أفضى إلى مفهوم المرونة في ظل المواقف الضاغطة ووجود عوامل مصاحبة للنواتج الأحسن في ظل الضغوط وهي:

- صفات شخصية: (مثلاً منهاج هادىء مقابل سريع الاستثارة، معامل الذكاء IQ عالي مقابل منخفض، واعتقاد قوي في الملكات والقدرات الخاصة مقابل ضعف الاعتقاد بهما).

- صفات عائلية: مثل الدفء والتقارب والتماسك.

- استخدام الدعم الخارجي بمعرفة الأسرة والطفل: حيث يمتلك هؤلاء الأطفال

علاقة قوية إيجابية داعمة مع أحد البالغين ممن هم خارج الأسرة مباشرة على سبيل المثال «الجد أو الخالة أو العمة».

ويؤدي وجود معظم هذه العوامل إلى النتائج الأفضل سواء كان الأطفال يعيشون في ظروف مناوئة أم لا. وهم بذلك لا يقون الأطفال من التوتر فحسب، لكن أيضاً يكونون بمثابة عوامل محفزة على الأداء الأفضل للمواجهة الجيدة مهما كانت الظروف التي يعيش في كنفها الأطفال، وهذا ما يعنيه بعض الباحثين والأطباء الإكلنيكيين بمفهوم «عوامل الحماية».

بينما يفضل آخرون تعريفات أخرى تستبعد العوامل المفيدة، وتتعامل مع عوامل الحماية التي تم تعريفها بمزيد من الحذر حيث يرون أنها تساعد على إلغاء آثار عوامل الاختطار، ولكن لاتمنح أي منافع إضافية للأشخاص غير المعرضين للتوتر. ويمكن توضيح ذلك بتشبيها بالصحة البدنية، فعلى سبيل المثال نقول إن الوجبة الغذائية المتوازنة هي عامل وقائي، حيث إنها تنشط الصحة الجسدية لكل إنسان بصرف النظر إن كان قد تعرض لأمراض معدية، أو بعض المخاطر الأخرى أم لا؛ وعلى النقيض من ذلك نجد أن التطعيم ضد داء الكلب هو عامل وقائي مُعرّف بشكل ضيق حيث إنه يقلل من خطورة أن يصبح الفرد مريضاً إذا ما عضه كلب مصاب بالسُعار. ولكنه لا يجعل الناس (أصح) أكثر صحة وعافية أن لم يتعرضوا لإيذاء هذا الكلب. (وفي مجال الصحة العقلية تم تحديد عوالم أخرى كثيرة جداً بكونها حماية بالمعنى الأوسع عما هو الحال في المعنى الأضيق) لكن انظر الشكل (2-32) كمثال عن عوامل وقائية تعمل بالمعنى الأضيق.

الآليات (Mechanisms):

قدمنا من قبل قائمة منوعة من المحن والصعوبات والظروف غير المواتية، ومما يجدر الحديث عنه الآن هو التطرق إلى ما يربطها من عوامل مشتركة، وكيف يمكن أن تمزق التطور الطبيعي. أن البيئة التي تدمر الأطفال تبدو فيها الملامح التالية فتكون:

- مشوشة وغير متجانسة ولا يمكن التنبؤ بها.
- قاسية وعقابية.
- خطرة ومرعبة ومثيرة للقلق.
- تفتقر إلى التحفيز.
- تفتقر إلى أفراد يستجيبون بحساسية لحاجات الطفل.

وقد توجد سمات مناوئة في البيئة المباشرة للعائلة أو في المجتمع الأوسع الذي يعيش فيه الطفل، وأن تأثيرها على الطفل يحتمل أن يكون راجع ليس فقط إلى عدد عوامل الاختطار المناوئة، ولكن أيضاً لمدى ثباته وانتشاره واستمراره الذي تكون فيه ثابتة مقارنة بتأثير عوامل أخرى مؤقتة ومحدودة المدى. وقد تؤدي الخبرات إلى بعض الآثار الضارة متعلقة بإعاقة تطور الاستجابة الصحية والتطور الاجتماعي والذي يعتمد على:

1 ـ تنظيم عاطفي معتدل.

2 ـ علاقات ارتباط آمنة.

3 ـ إدراك ومهارات اجتماعية قوية.

وتتراكم الأدلة التي تؤكد على أن كل من هذه العوامل السابق ذكرها تحطمها المحن المزمنة. فالتنظيم العاطفي يمكن قياسه من الناحية السلوكية بالمقدرة على ضبط النفس في حالات الاحباط مقارنة بنوبات الانفجار إزاء القليل من الاستفزاز، ومن الناحية الفسيولوجية يمكن قياس التنظيم العاطفي بمؤشرات الاستثارة (أي معدل التنفس ونبض القلب وضغط الدم والتوصيل الكهربائي عبر الجلد)، ومن الناحية الكيميائية الحيوية يُقاس التنظيم العاطفي بمستوى الهرمونات التي تتأثر بالمواقف الضاغطة مثل الأدرينالين والنورأدرينالين والمحور النخامي تحت المهادي.

ودراسات الإنسان والحيوان الآن تشير إلى ظهور ردود أفعال كبرى تجاه المؤثرات الصغيرة في الصغار الذين تعرضوا لإساءة المعاملة وتأخذ وقتاً أطول

حتى تنخفض وتعتدل مرة أخرى. فعلى سبيل المثال يكون إيقاع الكورتيزول النهاري في الأطفال المقيمين في دور الرعاية البديلة بسبب قسوة الأبوين هذا الإيقاع غير طبيعي، ومن المشجع أن هذه التغيرات تعود إلى طبيعتها بعد عام من الرعاية السوية المستقرة. وعلى النقيض يمكن تغيير علاقات الارتباط الآمن بالتربية الأبوية المصحوبة بمعدلات عالية من انعدام الأمان. فالأسلوب الأبوي الطارد يُصاحب بنمط ارتباطي تجنبي، والأسلوب الأبوي المراوغ والملتبس يرافقه نمط مقاوم، والأسلوب الأبوي التعسفي وغير المتوقع يرتبط بنمط مشوش.

إن الارتباط غير الآمن يصاحبه أمراضاً نفسية أكثر ووظائف أسوأ. ومن الجانب الإيجابي يوجد ما يربوا على 70 دراسة ضابطة تجزم بأن التدخلات التي تزيد وترفع من حساسية الوالدين وكفاءتهم تفضي إلى مزيد من الأنماط الارتباطية الآمنة، (فصل 28).

إن الفهم الاجتماعي ومهارات للأطفال الذين يعانون من التعسف والإساءة غالباً ما تختلف، فإدراكهم وتفسيرهم للرموز الاجتماعية يجعلهم أكثر احتمالاً لاستدلال النوايا المعادية ويميلون للاعتقاد بأن الاستجابة العدوانية من قبلهم سوف تحقق اهدافهم. وهم أقل حيلة في خلق حلول للمشكلات الاجتماعية الفردية ومواجهة الحياة الواقعية. ويظهرون مهارات اجتماعية قليلة ويفتقرون للقدرة على نشر سلوكيات إيجابية بناءة، كما يفتقرون لمهارات التفاوض والحديث بين الأفراد وتتنازعهم الرغبات. إن هذه المفاهيم وأساليب الاستجابة تكون مفهومة تماماً، وقد تكون ضرورية حقاً ولازمة للبقاء على قيد الحياة في ظل الظروف المعاكسة، ومع ذلك فهي لا تُفضي إلى النجاح في العلاقات والمهام الجديدة.

وخلاصة القول إن المحن المستمرة لا تُعتبر مصدر كرب فحسب إذ غالباً ما تتلف القدرات العاطفية والإدراكية والاجتماعية للطفل الآخذ في النمو، والأطفال ذوو المناعة النسبية لهذه الضغوط يمتلكون عوامل وقائية عادة ما تكون موجودة وتمكنهم من تطوير تنظيم عاطفي كافي وارتباطات آمنة ومهارات اجتماعية ملائمة.

تطبيقات إكلينيكية (Clinical implications):

إن تقييم الأطفال ذوي المشكلات النفسية ينبغي أن يشمل تقييماً لعوامل الحماية، وكذلك تحديد طبيعة وشدة المحن ويجب أن تصف الصورة النهائية للتقييم مواطن القوى وقدرات الطفل بكل وضوح حيثما كان ذلك ممكناً، كما يجب اتخاذ الخطوات اللازمة لتحسين البيئات المعاكسة، وعلى أية حال وعندما يكون من المستحيل تصحيح المحن، فإن مساعدة الطفل لتنمية وتطوير كفاءاته من المحتمل أن تلطف من تأثير الاضطرابات النفسية وتحسن الثقة وتقدير الذات.

وعليه مثلاً فالطفل مضطرب السلوك الذي يجيد لعب كرة القدم، فإن تشجيع الوالدين على اصطحابه لنادي تدريبات رياضية بعد ميعاد المدرسة، قد يكون أمراً مفيداً. وفي البنت المكتئبة والتي تجيد الرقص فمساعدتها على تطوير هذا الفن خلال الفصول التدريبية قد يحسن من الثقة وأحياناً من الأعراض. إن هذه الأنشطة ـ وخاصة عند الأطفال الذين يعانون من تجارب سيئة بالبيت والمدرسة ـ قد تكون هي الخبرة الإيجابية الأساسية أو الوحيدة في كل الأسبوع.

وبشكل أكثر إيجازاً يمكننا القول إنه توجد مهارات اجتماعية تلقن الأطفال كيفية تطوير هذه القدرات العامة وتدخلات بهدف حل المشكلات. وفي بعض الظروف الخاصة مثل التعايش مع الظروف والمحن المزمنة هناك مدى ونطاق من الوسائط النفسية وقد تم التأكد من أنها تعمل بفاعلية في التجارب الإكلينيكية ولكنها للأسف ليست غالباً ميسورة ومتاحة.

الفصل الحادي والثلاثون

عوامل المدرسة والأقران

School and Peer Factors

بالرغم من أن حياة الأسرة لها بلا شك تأثير قوي على الأوجه المتعددة لنمو الطفل، إلا أنه من الهام أن نتذكر أن معظم الأطفال يعيشون أكثر من عالم اجتماعي واحد حتى في السنوات الأولى من حياتهم، فإن خبرات وتجارب روضة الرعاية النهارية يمكن أن تكون مختلفة جداً عن تجاربه بالمنزل من سنوات الحضانة فصاعداً تصبح علاقات الأقران والزملاء مهمة بشكل متزايد، فالصداقة الحميمة يمكن أن تقي الأطفال من تأثير المحن الأخرى بينما رفض الأقران أو الوقوع كضحية أو الانخراط في مجموعة أقران منحرفة يمكن أن تساهم جميعاً في بدء المشكلات النفسية. إن جماعة الأقران والأسرة هما عالمان اجتماعيان مختلفان، أما الفصل الدراسي فهو عالم اجتماعي ثالث ويمكن أيضاً أن يؤثر على المشكلات السلوكية والعاطفية سواء بالتحسين أو بالتفاقم. المدرس المساند والنجاح في بعض المناطق والمجالات من المنهج المدرسي قد يطور تقدير الذات والمرونة، بينما المدرس العدواني والفشل الدراسي يكون له التأثير المضاد. فالفصل الذي تعمه الفوضى مثل بيئة الأسرة المشوشة قد تدرب الأطفال ليصبحوا مشوشين وفوضويين عن طريق تشجيع هذه السلوكيات (خلال التركيز علي السلبيات وعدم الاستجابة للطفل) ومن المهم أن نأخذ في الاعتبار الفصل الدراسي وعوامل الأقران عند تقدير أي طفل، وليس فقط عندما تكون المشكلات السلوكية أو العاطفية للطفل مقصورة أساساً على الفصل أو الملعب، إن الضغوط في بيئة واحدة تظهر أحياناً مع المشكلات النفسية في بيئة أخرى. الضغوط في المنزل (مثل التعسفات الجنسية) (قد تؤدي إلى مشكلات سلوكية أكثر وضوحاً في المدرسة عنها في البيت والضغوط

في المدرسة مثل تسخير الصغير للكبير)، تؤدي إلى كرب أو اضطراب أكثر وضوحاً للآباء عن وضوحه للمدرسين.

مشكلات إيذاء الأقران والاستئساد والضحية (Bully-victim problems):

إن الاستئساد (الفتونة) يُعرف على أنه الاستخدام المتعمد والمتكرر بالطرق الجسدية، أو النفسية لإيذاء طفل آخر بدون استفزاز كاف مدركين أن الضحية غير قادر على الثأر بفاعلية. ويحدث معظم الاستئساد في المدرسة، وليس في الطريق من وإلى المدرسة، ويكون المعتدي وضحيته في العام الدراسي نفسه، وبرغم أن الأطفال يكونون مراقبين في المدرسة، فمعظم الاستفزاز يحدث في غيبة عن المعلمين، ويشعر الضحية بأنه عاجز عن ذكر ما حدث أمام المدرسين أو الآباء. حوالي من 2-8٪ من الأطفال يتم استفزازهم مرة أسبوعياً على الأقل ومن 2-4٪ ينخرطون في الاستفزاز مرة أسبوعياً على الأقل، ونتائج الاستئساد تكون شائعة، وقد ظهر في الدراسات الإنجليزية وجود معدلات مشابهة من الاستئساد وإيذاء الأقران الأكبر سناً للأصغر. وعلى الرغم من أن الدراسات في أماكن أخرى ذكرت أن الاستئساد يضمحل مع التقدم في العمر ومعظم المستأسدين من الأولاد أما الضحايا فهناك زيادة طفيفة من الأولاد. إن العدوان الجسدي هو الأكثر وضوحاً في إيذاء الأقران الأولاد، أما عدوان البنات فأكثر احتمالاً أن يشتمل على الاستبعاد الاجتماعي أو حملات الهمسات.

هناك نوعان أساسيان من الضحايا هما الضحية السلبي (أقل عدوانية) والضحية الاستفزازية (أكثر عدوانية)، فالضحية السلبي يكون قلقاً وهادئاً وغير آمن ينسحب عندما يهاجم، وربما يبكي وينفصل عن الأصدقاء وتقديره للذات يكون رديئاً. من بين الأولاد على الأقل فإن الضحية السلبي يميل لأن يكون أضعف جسدياً من أقرانه، وشخصية الضحية حذرة وحساسة لكن كثيراً من صفات الضحايا الأخرى يحتمل أن تكون من عواقب الوقوع في موقف الضحية بنفس

القدر الذي تكون فيه أسباباً للتعرض للأذى. إنه من غير المؤكد لأي مدى يكون الشكل الجسدي والعجز البدني أو الانتماء لجماعة الأقلية مؤثراً في التعرض كضحية، ومثل الضحية السلبي فالضحية المستفز يكون غير محبوب عامة بين أقرانه، وخلاف الضحية السلبي، فالضحية المستفز يظهر مستوى عالي من العدوان والسلوك على شاكلة: اختلاق المشاجرات والسخرية من الآخرين وإيقاع الناس في المشكلات، والاستشاطة غضباً بسهولة، والخبرة الإكلينيكية تشير إلى أن الأطفال زائدي الحركة يحتمل أن يصبحوا من الضحايا الاستفزازيين على وجه الخصوص.

بينما لا يوجد شك في أن الضحايا يعانون من كروب كبرى وقت التعرض للأذى؛ فإن العواقب طويلة المدى أقل وضوحاً. العواقب الممكنة تشمل مشكلات باقية تتعلق بتقدير الذات والعلاقات بالأقران والصداقة الحميمة.

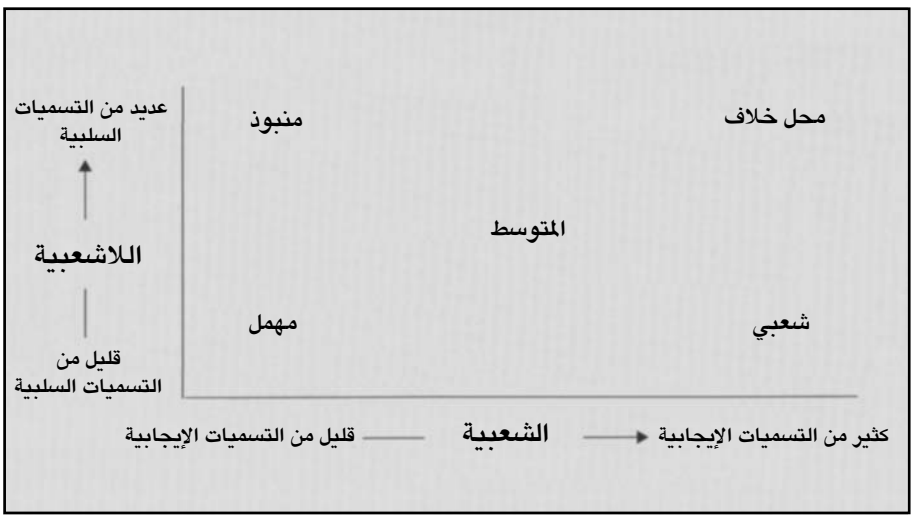
إن الأطفال المستأسدين يكونون عدوانيين ليس فقط مع أقرانهم بل مع إخوانهم، ومع المدرسين والآباء ولديهم اتجاه إيجابي نحو العنف وعدم الشعور بالضحايا، وعلى الأقل من بين الأولاد يحتمل أن يكون المستأسدون أقوي بدنياً من أقرانهم. إن تطور الشخصية العدوانية يعكس كلاً من المزاج و طبيعة الأبوة (حيث يكون آباء المستأسدين ميالون لاستعمال طرق تربية الطفل المؤكدة على القوة ويفشلون في تقديم الدفء الكافي والإشراف والضبط)، ولا يميل معظم المستأسدين للقلق وعدم الامان أوضعف تقدير الذات برغم وجود أقلية من المستأسدين لا يشعرون بالتعاسة، ولا كراهية الغير لهم حينئذ وعلى المدى الطويل فالمستأسدون يعيشون في خطر زائد للإجرام وإدمان الكحول عندما يصيروا بالغين.

أما التدخلات المنظمة فيمكن أن تقلل من وقوع الضحايا في المدارس (قلل التدخل المنظم في النرويج من وقوع الضحايا بنسبة 50٪). إن عدم قبول صفة الوقوع كضحية يجب أن تتضح لكل الأطفال، ويجب أن تدعم المدارس بمراقبة كافية وعقوبات حازمة على أن تكون العقوبات غير عدوانية. إن الضحايا في حاجة إلى أن يعرفوا أنهم سينالوا دعم المدرسة والآباء والفصل الدراسي إذا ما أبلغوا عن هذه الحالة.

الشعبية واللاشعبية بين الأقران
(Peer popularity and unpopularity):

إن أكثر الطرق الشائعة لتقدير علاقة الأقران هي (القياس الاجتماعي)، والذي يشمل عامة سؤال كل طفل في الفصل سراً عن أي ثلاثة أطفال يود أن يلعب معهم (فئات إيجابية)، وأيهما أقل رغبة في اللعب معهم (فئات سلبية)، وربما يتم السؤال عن خصائص أخرى أيضاً، وعلى سبيل المثال من هم أكثر ثلاثة أولاد في الفصل مشاغبين.

وحتى وقت قريب كان يُنظر للشعبية واللاشعبية كطرف وطرف مقابل لبعد أحادي، الأول إيجابي، والثاني سلبي، ولكن الدراسات الحديثة قد عالجت موضوع الشعبية واللاشعبية كبعدين مختلفين، بينهما مدى أكبر من الفئات المصاحبة، انظر شكل (31-1).



الشكل رقم (31-1): الفئات مصنفة حسب القياسات الاجتماعية حسب معيار الشعبية واللاشعبية

في الماضي ضمت دراسات سابقة جميع الأطفال غير الشعبيين معاً في سلة واحدة بما فيهم الأطفال المنبوذين والمهملين، وتبين أن المجموعتين تختلفان في نواحي كثيرة هامة.

إن مشكلات الأطفال المنبوذين تكون أكثر ثباتاً ومصحوبة عادة بسلوك عدواني وتخريبي وشعور بالعزلة، والتعاسة، وصعوبات أكاديمية.

وعلى المدى الطويل فالأطفال المنبوذون أكثر احتمالاً لترك المدرسة والانخراط في سلوك جانح والإصابة بمشكلات صحية عقلية، ورغم أنه غير واضح ما إذا كان نبذ القرين يساهم مباشرة في هذه المشكلات اللاحقة، أو يعمل ببساطة كعلامة على أسلوب السلوك سيء التوافق على مدى الحياة كلها. ويحتمل أن يرتبط النبذ أساساً بالسلوك الاجتماعي للطفل بالرغم من أن الظاهر الفيزيقي والقيود الأكاديمية والرياضية ووضع جماعة الأقلية قد يكونون عوامل مساهمة في هذا النبذ. وقد تحتاج بعض الجماعات الاجتماعية لكبش فداء أو شخص منبوذ. إن الأسلوب العدواني والساخر هو أكثر الأسباب لنبذ القرين والعزل الذاتي الواضح خاصة لو اجتمع مع السلوك الشاذ أو غير الملائم اجتماعياً. ويعاني الأطفال المنبوذون من الدرجات الأقل من الخجل والانسحاب أكثر نمطية للأطفال المنبوذين، وربما لا يكون لها عواقب وخيمة طويلة المدى. أما الأطفال ذوو الشعبية فيتميزون نمطياً بأسلوب اجتماعي مختلط دامجين عناصر الكراهية والتأييد الاجتماعي.

العوامل المؤسسية (Institutional factors):

إن معدلات مشكلات الأطفال النفسية مثل: التغيب الدراسي والجنوح تختلف بشكل واضح وثابت من مدرسة إلى مدرسة، وغالباً ما تتوازى الاختلافات في نتائج الامتحانات. ويمكن تفسير الكثير من ذلك بالفروق في المنطقة التي تخدمها المدرسة أو الدور الذي يأوي الأطفال وعدد الأطفال ونوع الخدمة التي تؤديها، فالمؤسسات المختلفة لها تأثير مختلف على سلوك الأطفال وإنجازاتهم الأكاديمية.

ويمكن تفسير بعض من هذه الفروق بروح ثقافة المدرسة وبناؤها التنظيمي ونادراً ما يظهر على الأطفال مشكلات سلوكية عندما يذهبون لمدرسة يمدحون فيها كثيراً، ويتم إعطاؤهم مسؤوليات حيث يقدم الأساتذة نماذج من السلوك الحسن ذي المعايير العالية وتكون الدروس منظمة جيداً وتكون ظروف العمل سارة ومبهجة، وتبدو هذه العوامل واضحة بما يكفي، لكن من الهام أن نتذكر أن العوالم الواضحة لم تظهر ليكون لها تأثيراً واضحاً على فاعلية المدرسة مثل: حجم المدرسة ـ عمر أو تصميم المباني ـ استمرارية فريق المدرسين ونوع الرعاية الدينية. إن الاختلافات في حجم الفصل ضمن مدى من (25-35) طالب ألا يكون له أي تاثير على فاعلية المدرسة بالرغم أن الفصول الأقل بكثير من (8-15) طالب قد يكون لها منافع لو انتهز المدرسون الفرصة لاتخاذ أسلوب أكثر فردية في التعليم؛ ومما يجعل لها مميزات أكثر وضوحاً للأطفال الأصغر أو ذوي الاحتياجات الخاصة أو القادمين من بيئات محرومة.

الأكبر مقابل الأصغر في الفصل الدراسي (Oldest/youngest in class):

في معظم الفصول فإن الأطفال الأكبر يكونون تقريباً أكبر من الأطفال الأصغر بعام واحد، وقد أوضحت دراسات كثيرة أن الأطفال الأصغر يميلون إلى الحرمان التربوي، ويبدو أنهم محرومون بصورة طفيفة بمصطلحات الصحة العقلية، وعليه فإن دراسة كبرى أظهرت حديثاً، أن المعدل المتوسط للصعوبات السلوكية والعاطفية يكون أكبر ما يمكن في ثلث الفصل الأصغر عمرياً، وأقل ما يمكن في ثلث الفصل الأكبر عمرياً، ويتضح هذا التأثير في الأولاد الكبار من سن(11-15) وكذلك في الأولاد من سن (5-10) سنوات، وهذا التأثير النسبي في العمر ليس قوياً على المستوى الفردي لكن له تطبيقات تنطبق على أفراد كثيرين، ويمكن أن تكون هامة من منظور الصحة العامة وإن إهمال العمر النسبي قد يُزيل حوالي 8٪ من اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم النفسية.

إن أحد التفسيرات الممكنة لحساسية الأطفال الصغار في الفصل هو أن عدم نضجهم الذهني والعاطفي يجعل الأمر صعباً عليهم أن يتمالكوا أنفسهم اجتماعياً وأكاديمياً ويثبتوا ذاتهم في جماعة الأقران لهم. والحجم والقوة الأقل قد تكون عوامل الاختطار أيضاً للاستئساد والهامشية خاصة بين الأولاد، وعلاوة على ذلك ينسى المدرسون عادة أن يدخلوا في حسبانهم العمر النسبي، والذي قد يفضي إلى أن الأطفال الصغار يؤخذون في الاعتبار ـ وبشكل ظالم ـ (باعتبارهم فاشلون) عندما يؤدون أعمالهم بشكل كاف يتناسب مع سنهم، وأنه موقف يجده الأطفال ضاغطاً، ويجب تسجيل وترتيب الفصل حسب الميلاد من الأصغر للأكبر وليس بترتيب أبجدي وهذه طريقة سهلة لرفع وعي المدرسين بالعمر النسبي لكل تلميذ.

وبالرغم من أن كونك مثلاً واحداً من أكبر التلاميذ في الفصل يُعد ميزة، عامة، إلا أنها تحمل بذور الخطر في ذاتها؛ فيمكنك بهذه الميزة أن تكون دائم السئم والضجر، وأن يتم تدريبك على أن تكون زعيماً على غيرك ويدفعونك نحو التفاعلات العدوانية حيث يفضل أن يكون المعتدي أقوى وأضخم من الضحية.

الباب الرابع

المعالجة والخدمات

Treatment and Services

الفصل الثاني والثلاثون

المداخلة: المبادئ الأولية

Intervention: First Principles

يأتي الأهل والأطفال إلى خدمات الصحة النفسية لأسباب عديدة، يأتون ولديهم عدد من المعتقدات والمخاوف من طبيعة المشكلة، ومن الإجراءات اللازم اتخاذها حيالها ولسوف يبنون آراءهم في هذه الخدمة لحظة دخولهم من الباب.

المشاركة العائلية (Engaging the family):

لن تأتي العائلة مجدداً إلى هذه الخدمة إذا أحست بسوء المعاملة، أو أنهم لم يفهموا جيداً من قِبَل العاملين بالخدمة طبيعة المشكلة، وستنتهي فرصة العمل العلاجي المفيد مهما كان التشخيص دقيقاً وجاداً، ولن تطلب العائلة مجدداً المساعدة. لذا فإن اكتشاف مخاوف ومعتقدات العائلة والتجاوب معهم بحساسية في غاية الأهمية في عملية المشاركة. فلو شعرت العائلة أن الفريق المعالج لها يفهمها وأنها عوملت باحترام، فإن فرصة المشاركة في العلاج ستكون أفضل بمراحل. وهذا يتطلب الفهم المرن في الاستجابة بدلاً من اللجوء إلى الطريقة التقليدية في تسوية الأمور.

متى تكون المسميات مفيدة؟

(When are labels useful?)

إن مجرد طلب المساعدة من الجهات التي تقدم الخدمة النفسية؛ يتطلب جرأة وشجاعة كبيرة. يخاف بعض الأهل أن يُوصموا هم وأولادهم بالجنون، أو بأنهم غير طبيعيين أو مرضى. وقد فاض الكيل من إحساسهم بعدم النفع من الناس ودائماً

يقولون لهم إن ما يفعلونه غير صحيح. وتحت هذه الظروف، وعلى سبيل المثال، عندما يُقال للأهل إن ابنهم يعاني مشكلة خطيرة تسمى «اضطراب التصرف» وإنهم يجب أن يتبعوا إرشادات للتعامل مع الطفل بطريقة صحيحة. بهذه الطريقة يشعر الأهل بالإحباط وعدم الكفاءة، وبالنسبة لهذه العائلة فإنه من الأفضل أن نتبع طريقة بناءة أكثر، من أن نخبرهم أن هذا الطفل قوي الإرادة، وأنه يتصف بالاجتماعية في بعض الأحيان، ولكن عنده كثير من النقاط الإيجابية غير الظاهرة من ردود الأفعال تجاه الضغط من الصعوبات المدرسية. إن الأهل يقدمون أفضل ما عندهم تجاه الابن عند طلب مساعدتهم، ولو أتيحت لهم بعض المساندة والتعاطف بما يفعلونه؛ فإن هناك أمل في التحسن.

بالنسبة لعائلات أخرى، فالعكس قد يكون صحيحاً فتعريف الأهل بالتشخيص من الجائز أن يزيل العبء عن كاهل الأسرة ويساعد على التركيز متطلبات الابن من قِبَل كل المعنيين. وهذا ممكن أن يكون ناجحاً لعدد من الأسباب:

1 ـ اطلاع الأهل على التشخيص الرسمي هو الشيء المهم، وغالباً المفيد والذي من أجله لجأوا لمختص الصحة النفسية للطفل. خصوصاً مع المشكلات النفسية المعروفة مثل «التوحد» أو «متلازمة توريت» (Tourette syndrome)، فإن في ذلك راحة كبرى إذا عرفت المشكلة من جهة الأهل، وأنها ليست مصادفة ففي القصص الخيالية تفقد الشياطين بعض من قواهم الخارقة في لحظة التعرف عليهم . إن إحساس الوحدة عند الطفل والعائلة في الغالب يقل إذا عُرف أن هناك أطفال وعائلات يعانون من مشكلات مماثلة. فيجب على المختصين توجيه الأهل للمشاركة مع جماعات يعانون من نفس المشكلة، هناك مؤسسات محلية أو دولية للأهل والأطفال ذوي بعض المشكلات النفسية وبالمشاركة مع هذه الجماعات سوف تُتاح للعائلات أن تقابل مجموعات أخرى من الناس في نفس الظروف والمشكلات، وممكن أن تُتاح لهم الفرصة في الوصول إلى ندوات أو نشرات دورية أو كتيبات....إلخ.

2 ـ ومعرفة التشخيص من الممكن أن تكون بمثابة «جواز مرور» للأطفال والأهل

للوصول إلى المساعدة الدراسية الخاصة أو الحصول على إعانة مالية منتظمة أو عطلات خاصة ... إلخ.

3 ـ بعد التشخيص يأتي تشخيص مآل المرض، وإن كان التنبؤ بالحالة المرضية يوحي بهدوء طبيعة المرض، فالعائلة تكون ممتنة للوقت بحل المشكلة تدريجياً وبالطبع تقليل القلق على المستقبل يُسرع من عملية الشفاء التلقائية.

4 ـ شرح أسباب التشخيص هو فرصة جيدة الإطلاع الأهل على أمور مهمة عن طبيعة المرض وأصل الأعراض، ولهذا دور علاجي في حد ذاته كما هو موضح في الأمثلة الثلاثة القادمة. معرفة أن «التوحد» ليس بسبب إهمال وعدم تجاوب الأهل، يساعد الأهل والآخرين في تخطي ما وراء الإحساس بالذنب والملامة. تكون المسألة أسهل على المدرسين والأهل إذا عرف أن الطفل مفرط النشاط ليس بشقي، ولكنه مريض وله علاج. ومعرفة أن «متلازمة توريت» هو مرض عصبي بيولوجي ممكن يساعد في التخلص من أفكار الامتلاك.

5 ـ يمكن أن يستخدم التعريف بالمرض في العمل العلاجي؛ مما يقلل من اللوم الواقع على الطفل، فعلى سبيل المثال بدلاً من لوم عادة الطفل على القفز لأعلى وأسفل خلال تناول الطعام والتململ المستمر من طريقته ، فممكن مساعدة الأهل في إظهار المشكلة ومعرفة أنها نشاط مفرط يظهر بصورة سلوك يعمل الطفل والأهل معاً على نفس الجانب في محاولة التغلب على الصعوبات.

ضرورة صياغة الأعراض والقصور الاجتماعي:

(Symptoms and social impairments both need be addressed):

لن يكون العلاج ناجحاً إلا إذا عرفت المشكلة بدقة. ولن يتعمق المعالج الأكثر خبرة في المشكلة لو أن عاملاً أساسياً من العوامل لم يُعرف، وهذا بالطبع يعيق مجرى الأمور، ولهذا فإن دقة التحقيق في غاية الأهمية قبل الخوض في الخطة العلاجية.

وإنه من الخطأ الشائع التركيز على الأعراض النفسية فقط ـ كما هو موضح بالفصل الأول ـ فإن المريض النفسي يجب أن يُشخص فقط إذا وُجِد شرطان، أولاً: لو أن الطفل كان لديه مجموعة من الأعراض المعروفة، وهذه الأعراض يجب أن يكون لها تأثير مهم، وهذا التأثير في الغالب يأخذ شكل الخلل الاجتماعي ويؤثر على الحياة المنزلية، والمدرسية وعلى الصداقات أو النشاطات الترفيهية. إن الأعراض والخلل الاجتماعي يجب أن يكونا هدفاً خلال عملية التدخل العلاجي. وعلى هذه الصورة، فإن علاج المراهق المكتئب من مشكلات النوم وانخفاض الحالة المزاجية عنده لن يكون كافياً، ولكن من الضروري أيضاً أن نأخذ موضوع تدهور صداقاته بعين الاعتبار، ونعمل على وضع خطة لإلحاقه بما فاته من واجبات في المدرسة، وعندما يكون من الصعب التدخل المباشر في الأعراض فإن تنمية المهارات واحترام النفس يكون مفيداً للغاية. على سبيل المثال، في تنمية الاهتمام بالرياضة عند الطفل يجب إشراكه بالأندية الرياضية، عندئذ يكون تشجيعاً له لتطوير قدراته كما أن التقدير من الزملاء يكون مفيداً أيضاً.

المشكلات المركبة تحتاج إلى حلول مركبة أيضاً

(Complex problems may need complex solutions):

إن نوعية المشكلات التي تواجه أخصائي الصحة النفسية للطفل نادراً ما تكون بسيطة، على سبيل المثال الطفل الذي يعاني من «اضطراب التصرف»، فإن تقدير حجم المشكلة والتقييم الجاد يفيد وكل هذه العوامل الآتية لها دور:

1 ـ القابلية الوراثية للنشاط المفرط.

2 ـ عدم التحمل الغذائي للفواكه الحمضية ومضافات الأطعمة.

3 ـ الصعوبات النوعية للقراءة.

4 ـ القابلية لتخيل أن كل الناس عدائيون.

5 ـ البيئة العائلية التي عودت الطفل على المعاملة بقهر وتفادي طلباته وعدم تلبية احتياجاته.

6 ـ عدم كفاءة الإرشاد والتوجيه العائلي.

7 ـ العضوية في مجموعة منحرفة.

من الجائز أن التطرق لعلاج عامل واحد فقط من هذه العوامل سيساعد على التحسن، فعلاج نقطة واحدة ممكن أن يكسر الحلقة المفرغة ويساعد الطفل علي الشفاء. ولكن الخبرة الإكلينيكية تُرجح ضرورة التدخل لحل عدد من نقاط المشكلة في آنٍ واحد. فالتدخل في مشكلات الصحة النفسية للطفل من الجائز أن تشتمل على:

ـ *التعريف بالعملية الفسيولوجية للطفل*، الحمية، الأدوية.

ـ *معرفة العائلة* عن الحالة مثلاً من ورق توضيحي.

ـ *برامج تدريبية للأهل*، علاج سلوكي لأعراض خاصة يفيد في التعامل مع تصرفات الطفل.

ـ *تطوير العالم الداخلي للطفل* على سبيل المثال معالجة معرفية، علاج خاص بالعلاقات.

ـ *تطوير علاقات العائلة ومعتقداتها* مثلاً التقليل من المشاعر السلبية، المعالجة العائلية.

ـ *الاهتمام بعلاقات الأقران* مثلاً: تدريب المهارات الاجتماعية، المعالجة الجماعية.

ـ *الاهتمام بالأنشطة المدرسية* مثلاً: المساعدة في القراءة، برامج مضادة للعدوانية.

ـ *تحسين البيئة الاجتماعية والاقتصادية للعائلة* مثل: تغير السكن، برامج التآلف للعائلات المنعزلة.

ـ *توفير البدائل* للاهتمام في العائلة مثلاً التبني، الإقامة في مؤسسات داخلية.

هذه ليست الأساليب الوحيدة، ولكن هناك أساليب أخرى ممكن إرفاقها.

العمل مع جهات أخرى

(Working with other agencies):

إن عدد من الأطفال والأهل في خدمات الصحة النفسية، يحتاجون تدخل خاص من جهات أخرى، ذات صلة مثل الخدمات الاجتماعية والتعليمية. إن من

الأهمية أن كل جهة تحدد دورها بدقة ووضوح وأن تشارك مع الجهات الأخرى وبدون تضارب في المصالح. وهذه الجهود المشتركة حتى تؤدي إلى نتيجة.

قد لا يكون العلاج طبقاً للأسباب الظاهرة (Treatment need not mirror aetiology):

إن الخلل الناتج عن أسباب بدنية من الجائز أن يحتاج إلى علاج سيكولوجي والعكس صحيح. ليس من العادة أن نواجه النار بالنار ولكن أحياناً يكون مواجهة النار بالماء أفضل! ولهذا مثلاً، فإن الشلل الهستيري عند طفل من الجائز أن يتجاوب مع العلاج الطبيعي أفضل من المعالجة النفسية. والدواء من الممكن أن يساعد الطفل المفرط النشاط، حتى إن كانت نتيجة التربية في دار الأيتام غير ملائمة بالمرة. وبالقياس، فالطفل الذي يعاني من «عجز التعلم» وراثياً، ممكن أن يستفيد من تعليم خاص. والمراهق الذي يعاني من الفصام المحدد بيولوجياً من الجائز أن إقلال المشاعر الخارجية السلبية من تجاه الأهل سيكون نافعاً.

اختيار سبل العلاج (Selecting treatment approaches):

إن هناك تأكيداً متزايداً على فعالية اختيار العلاج الذي تبرهن علي صحته وضرورته، فالعلاج في هذا الاتجاه يعمل على تعزيز الصحة بوجه عام، وليس الجانب التعليمي أو العمل الاجتماعي فقط، فوجود دليل مبني على صحة العلاج هو أمر حيوي، فالخبرة الإكلينيكية والحس الفطري غير معصومين من الخطأ.

فالتدخل بعلاج غير ضروري قد يكون أسوأ من عدم التدخل أصلاً. على سبيل المثال في تجربة عشوائية مختارة بعناية، تم إجراء مجموعة من التداخلات الاجتماعية والسيكولوجية للأطفال الذين يرتفع لديهم معدل الخطر من الإهمال، وتبين أن هذا التدخل قد أدى إلى محصلة أسوأ للحالة على المدى الطويل. وتداخلات أخرى معقولة في ظاهرها أيضاً كانت لها أثر قليل أو بدون أثر على الإطلاق، مثل إعطاء الأطفال والمراهقين المكتئبين، أدوية الاكتئاب ثلاثية الحلقات الاعتيادية تبدو غير مجدية.

جدول (32-1): أمثلة على العلاجات الفاعلة وغير الفاعلة

هناك دليل قوى على كفاءة العلاج:

- علاج «فرط الحراك»
- تدريب الأهل في حالات «اضطراب السلوك» عند الأطفال
- لطرق السلوكية في سلس البول والتبرز اللاإرادي
- المعالجة العائلية في مسالة فقد الشهية

هناك دليل معقول على كفاءة العلاج:

- معالجة الاكتئاب عند المراهقين بالسلوك المعرفي
- لعلاج الاستخباري لاضطراب الكرب التالي للرضح
- تطوير السلوك لمواجهة رفض المدرسة
- برنامج عمل الزيارات المنزلية للتصدي لسوء المعاملة البدنية

هناك دليل أن الأتي ليس له تأثير أو ذو تأثير ضعيف أو مؤذي في بعض الأحيان:

- العمل العائلي غير المركز لمواجهة «اضطراب التصرف»
- تنمية المهارات الاجتماعية خلال الجلسات الإكلينيكية لمواجهة مشكلات العلاقات بالأقران
- العمل الاجتماعي والمساندة العامة لمواجهة اللامبالاة
- علاج الاكتئاب بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات

هناك جدال مستمر على فاعلية «مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية» (انظر الفصل العاشر). وبالمثل فإن كثيراً من العلاج السيكولوجي للأطفال المترددين يومياً على الجلسات الإكلينيكية يكون غير نافع غالباً.

ومن الناحية الإيجابية، فمحاولات العلاج والتحليل العميق لها قد أثبت أن هناك ازدياداً في عدد العلاجات الخاصة المجدية لحالات الاضطرابات النفسية للأطفال (انظر جدول32-1 للأمثلة)، ولكن ما هو مدى الكفاءة؟ ليس من الكافي أن نعرف إن علاجاً بعينه يحدث فارقاً هاماً إحصائياً، ولكن من الضروري أن نعرف إذا كان حجم هذا الفارق كبيراً لدرجة أن يكون مفيداً إكلينيكياً.

إن الأثرالضعيف للدواء لا يعني استخدامه إكلينيكياً حتى لو كان له فارق إحصائي كبير وتمت تجربته وتحليله كثيراً، وهناك طرق كثيرة لقياس مدي كفاءة

العلاج وأكثرها شهرة: قياس حجم التأثير الذي يُقدر بالتغير في (الانحراف القياسي). على سبيل المثال، لو أن الطفل المصاب «بفرط الحراك» وليس خاضعاً لأي علاج في المتوسط يكون 2.5 انحراف قياسي فوق متوسط السكان. وإذا كان بالعلاج بأدوية منبهة تقلل من القيمة إلى متوسط 1.4 انحراف قياسي فوق متوسط السكان، فحجم التأثير يكون (2.5 - 1.4= 1.1)

إن من مميزات هذه الطريقة القياسية أنها تتيح المقارنة بين النتائج العلاجية المختلفة. إن العلاجات السيكولوجية الناجحة لديها حجم تأثير ما بين 0.6 و 0.8 في التجارب البحثية، ولكن حجم هذا التأثير يقل في الجلسات الإكلينيكية العادية ليصل لتموسط أقل أوصفر، فلماذا هذا التفاوت؟

جدول (32-2): لماذا تكون المعالجة النفسية أقل كفاءة في الممارسة الإكلينيكية الروتينية عن التجارب البحثية؟ (weisz et al.,1995)

ربما يكون هناك علاقة:

- إن الممارسات الإكلينيكية تحد من استخدام السبل السلوكية والمعرفية.
- إن الممارسات الإكلينيكية لا تعتمد على البنية العلاجية (من خلال الكتيبات العلاجية)، أو الإشراف العلاجي للتأكد أن المعالج على الدرب العلاجي الصحيح.
- إن الممارسات الإكلينيكية تتعامل مع الحالات ذوي أعلى درجات المرض والعائلات التي تتردد بغير انتظام وهذه الخصائص تستبعد من التجارب.

ربما يكون ليس لها علاقة:

- التجارب البحثية أكثر حداثة من الدراسات الإكلينيكية.
- تستعين التجارب البحثية بمتطوعين بدلاً من المرضي.
- الجلسات الإكلينيكية أقل نجاحاً.
- الخبير الطبي أقل كفاءة من المعالج البحثي.
- المعالجون البحثيون لديهم تدريب خاص في الأساليب قبل التدخل مباشرة.
- العيادات يجب أن تُتاح لعدد من الأطفال والمشكلات.
- العيادات لا تقدم تداخلات مختصرة غالباً.

إن هناك عدداً آخراً من التفسيرات المعقولة ظاهرياً أيضاً، ولكن بعضاً منها له دلالة من خلال الأدلة الافتراضية (انظر جدول 32-2). إن الرسالة الشاملة لمتخصصي الصحة النفسية متأرجحة لكنها تدعو للتفاؤل. متأرجحة لأنه لو أن العلاجات السيكولوجية المستخدمة في الجلسات اليومية تكون أحياناً بلا تأثير أو ذات تأثير بسيط، فإنها تبدو عسيرة من ناحية تحديد التكلفة. ولكنها تدعو للتفاؤل بسبب ثلاثة متغيرات وهذه التغيرات هي:

- الاتجاه نحو استخدام المعالجات المعرفية والسلوكية.
- استخدام الطرق العلاجية المحددة المعروفة النتائج بدلاً من الأخرى المبهمة، أو المختلطة القائمة علي الاطلاع على الكتيبات الدوائية المرفقة.
- الإشراف الكافي للتأكد أن المعالج على الدرب العلاجي الصحيح دائماً.

إن برامج التدريب الجيدة والرقابة ذات الخبرة تساعد المعالج على توصيل الحقائق العلاجية بأمانة.

إن استخدام السبل العلاجية التي استُخدمت عملياً تكون ذات وقع جيد، لا يمكن الاعتماد على التجارب المنشورة والبروتوكولات. على سبيل المثال، التجارب السابقة عادة ما تكون على الأطفال الذين تنطبق عليهم السمات التشخيصية الكاملة «المتلازمات» مع أن في الحالات الإكلينيكية تكون المتلازمات بها جزئية لا تنطبق عليها هذه السمات الكلية فكيف يكون العلاج إذن؟

إن وجود أكثر من مرض في الشخص الواحد في غاية الأهمية، وهو الأكثر انتشاراً. وإن كان الطفل يعانى من ثلاثة أمراض مشتركة فهل يكون العلاج بثلاثة علاجات بالتوالي أم معاً؟ لا يوجد العلاج الأمثل للأمراض المشتركة، بالإضافة إلى أن الطفل والظروف العائلية تغير من مجرى الأمور، إذ أنها تُضعف البروتوكولات المتفق عليها وتجعلها غير نافعة. أن هناك دوراً واضحاً للحكم الإكلينيكي من النتائج المنشورة ولكن لا يتبع علاجاً بدون تفكير.

تعديل المعالجة تبعاً للنتيجة

(Modify treatment according to outcome):

بعد اختيار العلاج فإنه من الضروري متابعة النتائج. فأهداف العلاج يجب أن تكون مدونة، لنعرف هل تحققت أم لا. ممكن أن يكون الحكم الإكلينيكي من خلال التعاون المستقل مثلاً عن طريق الأسئلة للطفل، والأهل والمدرسين فإذا لم يتم بلوغ الهدف فمن الحكمة أن يُعاد تقييم الطفل ومراجعة التركيبة قبل الاستسلام أو تكرار نفس العلاج. فمن الجائز أن يكون العلاج غير مجدي لأن التشخيص الأول كان خاطئاً، فمراجعة الحالة يمكن أن يؤدي لمراجعة العلاج واختيار العلاج يجب أن يكون وفقاً لاستجابة المريض فلو أن العلاج (أ) يعمل بكفاءة أكبر من العلاج (ب) لكن استجابة المريض أعلى للعلاج (ب) فيجب أن نختار الدواء وفقاً لاستجابة المريض له.

الفصل الثالث والثلاثون

الوقايـة

Prevention

إن القول المأثور «الوقاية خير من العلاج» يحتوي على فكرة جذابة، فبالوقاية نستطيع أن نتجنب الألم والمعاناة والتكلفة العلاجية أيضاً. ويوجد في الطب أمثلة كثيرة على ذلك، فالامتناع عن التدخين يحد من سرطان الرئة والنوبات القلبية والربو عند الأطفال المعرضين للدخان، وإعطاء حمض الفوليك أثناء الحمل يمنع حدوث «السنسنة المشقوقة» عند الأطفال، والتطعيم بلقاح شلل الأطفال يمنع الشلل الناتج من التهاب سنجابية النخاع. حيث إنه في معظم بلاد العالم يكون القائمون على علاج الاضطرابات النفسية للطفل غير متخصصين بالمرة، وكذلك في معظم البلاد نجد أن الخدمة المقدمة غير كافية لهذا يكون للوقاية دورها في العلاج.ولكن من الناحية العملية هل يمكن تطبيق الوقاية من كل الأمراض النفسية؟ وهل ستكون مجدية اقتصادياً في ضوء المصادر المحدودة للإنفاق على الصحة النفسية، فهناك خطر من وقف الإنفاق على الخدمات العلاجية لبعض الحالات وهذا ليس من الحكمة. **أولاً**، حتى بأرخص وأكثر البرامج الوقائية نفعاً لن يكون القضاء نهائياً على ظهور الحالات (وبالطبع ممكن ازدياد المتطلبات لعلاج عدد أكبر من الحالات التي شُخصت فعلاً وذلك باكتشاف الكثير منها).

ثانياً، برامج الوقاية الأكثر تكلفة والأقل كفاءة ليست من الضروري أن تكون أفضل من العلاج الكفء. في هذا الفصل سوف نستعرض الحالات الواجب وقايتها لتحسين الصحة النفسية للطفل وسوف نطرح بعض الأمثلة على الظروف التي تم بها تطبيقها.

أنواع الوقاية (Types of prevention):

الوقاية الأولية تحد من حدوث المرض في المقام الأول، *والوقاية الثانوية* تحد من ظهور مضاعفات المرض. في الصحة النفسية للطفل، وبالنظر للوقاية بعين الاعتبار، نتمنى أن نعمل على توسيع مجالاتها ونربط بينها وبين ضعف الأداء النفسي الاجتماعي واجتياز المحن.

ويمكن أن تكون برامج الوقاية:

1 ـ *شاملة*، تغطي غالبية السكان. الميزات المكتسبة تتضمن فرصة قبول العلاج النفسي عامة وجعله جزءاً من الثقافة العامة، وبالتالي تجنب وصمة العار التي تقترن بالمرض، وبالتالي يكون أسهل توصيل التدخل عامة أيضاً مثل إضافة الفلورايد للماء أو تعليم كل أطفال المدارس مخاطر تعاطي المخدرات. العيوب هي التكلفة والمصادر المطلوبة لتنفيذ التغطية الشاملة، خاصة لو أن التدخل ليس له تأثير على معظم السكان.

2 ـ *هادفة*، تغطي جزءاً من السكان لديهم معدل أعلى لحدوث المشكلة. العيوب، الكامنة تتضمن الاستخدام الأمثل للموارد المالية، وبهذا تجنب المصاريف غير اللازمة. أما بالنسبة للعيوب، هي الحاجة لإجراء فحوصات مقبولة وحساسة ونوعية، وبالتالي تشير إلى المجموعات عالية الخطورة وتستبعد الآخرين. الإجراءات الفحصية والتدخل من الجائز أن تُؤخذ بشكل معيب، وبالتالي الإعاقة مثلاً لا يوافق الأهل على دعوة جماعة الخدمات الاجتماعية للحديث عن معاملة الأبناء بتعسف. عيب آخر، مع أن المجموعة المختارة تكون ذات اختطار أكثر فإن معظم الحالات تظهر في باقي السكان، ولذلك ففي المملكة المتحدة ينتشر اضطراب التصرف في أفقر عشر مناطق سكانية بمعدل (18٪) مقارنة بحوالي (5٪) عن باقي السكان. عندما ننفذ برنامج وقائي كفء لاستئصال اضطراب التصرف عند من هم في خطر نتيجة الفقر تكون قد فقدنا حوالي ثلاثة أرباع الحالات.

3 ـ *مطلوبة*، تغطي هؤلاء الأطفال الذين يأتون بعلامات مبدئية أولية للمرض. والميزة في هذا السبيل، إنه الأكثر كفاءة في أنه يُستخدم عندما يكون ضرورياً. العيوب، تتضمن وجود خطراً ملحوظاً قد يحدث في وقت التدخل، مما يجعله أكثر تعقيداً، وذا تكلفة أعلى وأقل كفاءة، ولكن التدخل في هذه المرحلة يكون أفضل من تفشي الحالة كلية مثلاً: اكتشاف القلق الاجتماعي المتوسط للطفل ذي التسع سنين يكون أسهل في التحسن والمآل عن اكتشافه في حالة رفض الطفل للمدرسة التي قد بدأت من عدة أشهر على الطفل ذي الاثنا عشر عاماً.

نتائج اختبار التحري		التشخيص الصحيح: حالة	التشخيص الصحيح: ليست بحالة
	إيجابي	a	b
	سلبي	c	d
إيجابي صحيح:	**a**	الحالة تم التعرف عليها بطريقة صحيحة	
سلبي صحيح:	**d**	تم التعرف صحيحاً على ما ليس حالة	
إيجابي خاطئ:	**b**	هو ليس حالة إكلينيكية، وتم تشخيصه بطريق الخطأ على أنه حالة	
سلبي خاطئ:	**c**	حالة صنفت إنها ليست حالة بطريق الخطأ	
الحساسية:	**a/(a+c)**	نسبة الحالات التي تم التعرف عليها صحيحاً	
النوعية:	**d/(b+d)**	نسبة ما هو ليس حالة وتم التعرف عليه صحيحاً	
القيمة التنبؤية الإيجابية:	**a/(a+b)**	نسبة التنبؤات الإيجابية في اختبار التحري والتي تضح أنها حالات	
القيمة التنبؤية السلبية:	**d/(c+d)**	نسبة التنبؤات السلبية في اختبار التحري والتي اتضح أنها فعلاً ليست حالات	

الشكل رقم (33-1): يوضح بعض المصطلحات التي تُستخدم عند استخدام اختبار التحري

الظروف التي تجعل الوقاية مجدية
(Conditions that make prevention feasible):

1 ـ الفحص والتحري الفعال لبرامج الوقاية الهادفة. يجب أن تكون حساسة، أي أنه لا يجب أن تفقد العديد من الحالات (انخفاض معدل السلبية الكاذبة)، وأن تكون محددة أي أن الحالات التي لن تتطور إلى الاضطراب لن تكون اختيرت مع الحالات ويُطلق عليها (انخفاض معدل الإيجابية الكاذبة). إن هناك معطيات جيدة لقياس الأحوال العقلية واختبارها على عدد كبير من السكان من خلال فحوص سهلة الاستخدام مثل استبيان الصعوبات والشدائد (Strengths and Difficulties Questionnaire)(SDQ)] التي توضح مواطن القوة للتنبؤ باضطرابات السلوك والاضطرابات الانفعالية.

2 ـ التدخل الوقائي الفعال: الذي يتخذ من قِبَل مجموعة من السكان، كما هو موضح في الشكل التوضيحي رقم (33-1)، حيث إن هناك برامج فعالة لاضطرابات التصرف.

3 ـ ظهور تداعيات خطيرة طويلة الأمد لو وصلت الحالة إلى ذروتها. بالإضافة إلى هذا نجد أن الحاجة إلى الخدمات الأكبر لمعالجة أو للتعامل مع الحالة تساعد على تأهيل الوضع للوقاية في المستقبل. الوقاية من الاكتئاب يمكن أن تؤدي إلى أعظم تقليل للمعاناة وتوفير الموارد المالية عما لو انفقنا على الخوف من العناكب. على مستوى العالم يعتبر الاكتئاب هو الأكثر تكلفة من بين كل الاضطرابات العقلية بسبب انتشاره ووقعه.

4 ـ قلة العلاج الفعال والمتاح ورخيص الثمن: مثلاً الوقاية من «التوحد» يمكن أن يكون ذا أولوية عن أنواع «الرهاب»، خاصة أن هناك علاجاً مؤثراً له.

احتمال الاختطار والعوامل الوقائية
(Risk and protective factors):

تعرفنا على الكثير من أسباب الاضطرابات النفسية عند الطفل، كما هو

موضح (بالفصل 30) وباقي الكتاب أيضاً. إن بعض احتمالات الخطر تكون نوعية مثل العامل الوراثي القوي لمرض الفصام. وبعض احتمالات الاختطار الأخرى ليس نوعياً. فمثلاً تعرض الشخص لعدد من الاضطرابات أو الكروب وانخفاض مستوى معامل الذكاء والإنجاز الأكاديمي ومشكلات التطور العصبي، وسوء الأبوين، وفقد العلاقات الموثوقة، وعدم الاهتمام، وفقد مصدر احترام النفس، ووجود أشخاص غير اجتماعين ومدرسة سيئة النظام.

ويقترن الفقر بكثير من الصعوبات عادة. وبما أن الحقائق تدل على هذا، ولكن ليست بالضرورة أنها السبب، ولهذا فإن محو الفقر ممكن ألا يقلل من انتشار الاضطراب إلى مدى كبير.

وبما أن تأثير العوامل المسببة تكون عادة تراكمية (انظر الفصل 30) فأحسن وسيلة للوقاية تكون باتخاذ أكثر عامل مسبب. كثير من العوامل المسببة للاضطرابات النفسية للطفل تقع خارج الاختصاصات الإكلينيكية لمختص الصحة النفسية للطفل، ولكن لا يقف حائلاً لديهم لينضموا مع مختصين آخرين وأعضاء في الهيئات العمومية لتحفيز أساليب تحد هذه العوامل مثلاً، ومع أن هناك أكثر من سبب للنهوض وتحسين التعليم، فإن مختص الصحة النفسية للطفل يقوم بإعطاء دلائل من خبرتهم البحثية على أن من أهم الأشياء المستفادة، التحسن في التلاؤم السلوكي والانفعالي خلال سنوات الدراسة المدرسية وبعد ذلك في الحياة، أيضاً، هناك ألف سبب وسبب ضروري لتنظيم المرور والحوادث ولكن مختصي الصحة النفسية للطفل يمكن أن يؤكدوا على ضرورة تنظيم المرور لتخفيض العواقب النفسية المزمنة، والتي تسبب العجز مثلاً «اضطراب الكرب التالي للرضح للطفل والعواقب النفسية العصبية لإصابات الرأس.

حتى لو كانت الوقاية المباشرة من الأعراض أو من الاضطرابات غير متاحة في العمل النفسي والاجتماعي، فرفع مستوى المعيشة يدفع بعوامل الحماية خصوصاً في وجود العديد من عوامل الخطر. شكل (33-2)، وما يوضح هذه النقطة معلومات نتجت عن دراسة أُجريت على 7000 فرد عمرهم 18 عاماً. وهناك عوامل اختطار حياتية وُضعت على مقياس من صفر إلى 8 يتضمن أسوأ (10-20٪) من السكان نظراً لـ:

1 ـ شرب الكحوليات.

2 ـ تعاطي المخدرات.

3 ـ مسجل خطر لدى الخدمات الاجتماعية.

4 ـ ذوي احتياجات تعليم خاصة.

5 ـ لديهم مشكلات تصرف في المدرسة.

6 ـ الهروب من المنزل.

وأُحصيت عوامل الحماية لتكون (5) وهي:

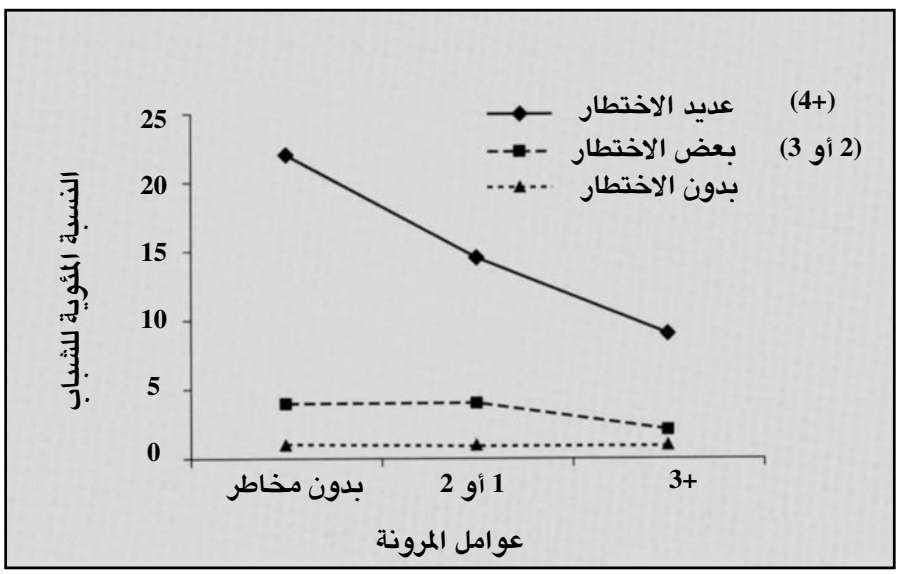
1 ـ الصحة البدنية السليمة.

2 ـ ارتفاع معامل الذكاء.

3 ـ التحكم الانفعالي.

4 ـ المهارات الاجتماعية والنضج.

5 ـ مستويات الطاقة.



الشكل رقم (33-2): تأثير عوامل المرونة لارتفاع معدل الجريمة، وفقاً لعدد من عوامل الاختطار (معتمدة من ستاتان وماجنيسون) (Stattin and Magnusson,1996)

في غيـاب المخـاطر وعـوامل الحمـاية في الطفـولة فـإن مـعـدلات الجـريمة لم تختلف ولكن في وجود عوامل الحماية فإن النتيجـة كـانت جيدة ومعدلات الجريمة قد انـخـفـضت بطريقـة ملحوظة، وهذا يشيـد بكفـاءة البرامج الوقائيـة في الصـحـة النفسية للطفل.

إن الأمر ليدعو للدهشة إذ أن أساليب الوقاية المشكوك بها تؤخذ أحياناً بعين الاعتبار مثلاً في المملكة المتحدة، يستخدم الدواء لتخفيض مدة الأنفلونزا بيوم أو اثنين رغم عدم وجود دليل علي فاعليته فواحد من أهم أسباب عدم الوقاية هي قلة الأدلة الجيدة. ولا يوجد معايير لقياس جودة الحياة المقبولة للفرد مقارنة مع تأثير الاضطرابات النفسية. وهناك مؤشرات على جودة الحياة أثناء المرض تتضمن قلة الألم، والحركة، والقدرة على الحوار، والقدرة على الإعتناء بالنفس وهذا لا يتماشى مع الطرق التي تؤدي لاضطراب نفـسي، مـثـلاً مع التـدخل في القـدرة لأن يكون الشـخص منتج (تتضح بالنجـاح المدرسي، المشـاركـة في أشـيـاء بناءة، نشـاطات رياضـيـة، القدرة للمشـاركة بعناية يومـياً في العمل المنزلي..) القدرة للحـفـاظ على علاقات جيدة مع الأهل، الزملاء وأشخاص ناضـجين مثل المدرسين (يتضح بعمل نشاطات مشتركة في التواصل الجيد ومساندات شعورية)، ولهذا فإن هذه قياسات صحيحة للأداء النفسي الاجتماعي ولكنها ليست معروفة عامة بأنها مكافئة لمعيار جودة الحياة.

مثال على اضطراب التصرف

(The example of conduct disorder):

إن اضطراب التـصـرف يوضح مـا هو الذي يمكن إنجـازه في طب نفس الأطفال الوقائي ويجب توفر الشروط الأربعة التالية كي تكون مجدية:

1 ـ يكون التحري عن المخاطر سهلاً عن طريق الاستفسارات عن أعراض السلوك اللا اجتماعي من المدرسين أو الأهل والنتيجـة العاليـة تنبئ باحـتمـال حدوث

«اضطراب التصرف» في المستقبل، خاصة إذا اقترن مع عوامل أخرى مثل «فرط النشاط» وقلة العلاقات مع الزملاء.

2 ـ التدخل الفعال (انظر المناقشة بأسفل)

3 ـ التوابع الخطيرة للمشكلة، فاضطراب التصرف ذو البداية المبكرة له توابع خطيرة على مدى الحياة تتضمن الزيادة في المخاطر، وتعاطي المخدرات، وانخفاض المستوى الدراسي، والبطالة، والعلاقات غير المستقرة، والعدوانية، والموت المبكر. في أحد الدراسات اكتشف أنه عند سن ثمانية وعشرون عاماً يكون الأطفال الذين قد عانوا من مشكلات اضطراب التصرف في الطفولة قد كلفوا المجتمع عشرة أضعاف الأشخاص العاديين.

4 ـ الافتقاد إلى المعالجات، مع أن البرامج العلاجية للمراهقين مثل العلاج متعدد الأنظمة قد حقق انخفاضاً بحوالي (50٪) حسبما دلت عليه الأبحاث في الولايات المتحدة الأمريكية، فإن التكلفة كانت باهظة حوالي 20,000 إلى30,000 للحالة، ولا توجد لدى كثير من الدول مقدرة على تمويل برامج مماثلة.

إن مئات من التجارب المختارة عشوائياً وضحت نتائج تدريب الأهل مع الأطفال المصابين باضطراب التصرف مؤخراً كانت إيجابية. (مشروع العائلات والمدارس معاً) [(Families and Schools Together Project)(FASTrack)]، وفيها تم أخذ (ألف) طفل في خمس سنوات من العمر وكانوا أعلى بـ 90٪ للشريحة المئوية للسلوك المعادي للمجتمع. وعلى مر السنة الدراسية، كان يتلقى النصف الآتي:

ـ جماعة أسبوعية للعائلة لمعاملة الأطفال تتضمن تدريب عملي في وجودهم.

ـ محاضرات لمدة ساعتين أسبوعياً لكل فرد.

ـ نصائح للمدرسين حول كيفية التعامل مع المهارات داخل الفصول.

ـ كل الأطفال أخذوا دروس لتقويم الانفعالات مرتين يومياً تحث على فهم المشاعر كل واحد لنفسه بما فيهم اليأس والغضب.

5 ـ كان الأطفال المختارون يقضون ساعة أسبوعياً مع زميل في الفصل مختار بعناية لتحفيز العلاقات الاجتماعية.

وكانت النتيجة متواضعة فقد تحسن السلوك المضاد للاجتماعية، ولكن بحوالي 0.2 انحراف قياسي، والنسبة تقل على المدى الطويل. ومع أن غالبية السكان تم تمثيلهم في هذا المشروع (75٪ من العائلات ذات المخاطر)، فإن النتيجة كانت ذات قدر كبير وإن كانت على تكلفة ليست بقليلة.

إن عامل تدريب الأهل واستخدامه لعدة عوامل من المخاطر. فإن النتائج تكون أفضل. في تجربة بالمملكة المتحدة مؤخراً لتعليم الأهل كيفية التعامل مع الطفل ومهاراته وكيفية القراءة له. فرط النشاط والقراءة بحوالي 0.4 انحراف قياسي.

الوقاية من الاضطرابات الأخرى
(Prevention of other disorders):

هناك برامج لعلاج القلق وأعراض الاكتئاب وقد لاقت التجربة نجاحاً معقولاً بعضه يخص الأهل وبعضه يخص الطفل مباشرة. إن جزءاً كبيراً من الأهل لا يأتي لبرامج الوقاية ولو أمكن الوصول للطفل في المدرسة، فمشاركة الأهل ليست ضرورية.

الوقاية من مخاطر الأزمات
(Prevention of risky predicaments):

أكد عدد من التجارب والبرامج المخصصة للأهل على انخفاض انتهاكات الأطفال من خلال برامج للأهل في المجموعات ذات الاختطار المنخفض؛ لأن الجهات

التي قد توفر هذه الخدمة مثل وحدة الخدمات الاجتماعية، غالباً ما تكون مشغولة بحالات الأطفال الذين يحتاجون للحماية ـ إن الطريق طويل ـ وقد أثبتت التدخلات لتلطيف تأثيرالطلاق والانفصال انخفاض الأعراض السلوكية والانفعالية.

المستقبل (The future):

يعتمد تنفيذ البرامج الوقائية في العالم جزئياً على أبحاث أخرى لوضع المميزات والفائدة في جانب، والتكلفة في جانب آخر كما يعتمد جزئياً أيضاً على إقناع الحكومات بأن النجاح مأمول. وعلى الإعلام دور هام لتغيير المفاهيم مثل التلفزيون. كما أن توعية الأمهات في البلاد النامية قد أثبتت نجاحاً كبيراً في تخفيض حجم الأسرة، وبالتالي تحسين التغذية والظروف المادية للأطفال.

الفصل الرابع والثلاثون

الدواء والغذاء

Medication and Diet

الدواء: المبادئ الأساسية
(Medication: General Principles):

يشعر الأهل بعدم الاطمئنان من استخدام الدواء لتغيير سلوك وانفعالات الأطفال، وغالباً هذا يكون شعور المدرسين وأخصائيي الصحة النفسية أيضاً. وهذه المخاوف متفهمة جزئياً، على سبيل المثال، نعطي جرعات عالية من مضادات الذهان لمدة طويلة للأطفال المصابين بعجز التعلم العام كمحاولة مجدية للحد من سلوكهم. صحيح أن استخدام الأدوية نفسية التأثير قد تكون أمراً محيراً، ولكن يجب تذكر أن الجرعات المناسبة ممكن استخدامها لأغراض معينة وتكون ذات فائدة عالية. والاستخدام المستمر لمصطلحات كبيرة من قِبل الصحافة في وصف استخدام العلاج القائم على دليل قوي على فائدته يكون غير دقيق وغير مُجدي.

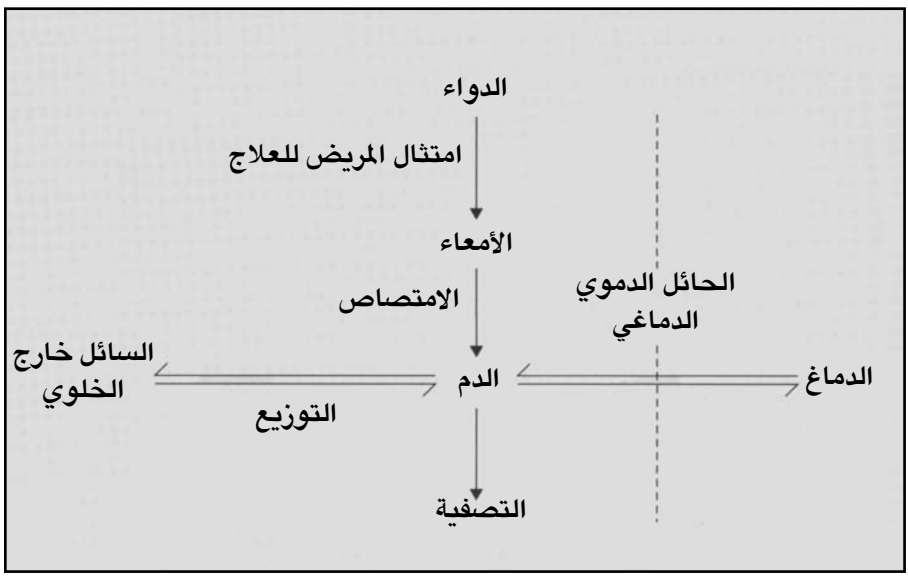
والوصف العلاجي للأطفال ليس فقط بتخفيض الجرعات الدوائية الموصوفة للبالغين بالنسبة لوزن الطفل. فهناك اختلافات في الحراك الدوائي والديناميكية الدوائية بين الأطفال والبالغين التي تجعل فارماكولوجيا الأدوية النفسية عند الأطفال من ناحية الكمية والكيفية مختلفة عنها عند البالغين.

الحراك الدوائي (Pharmacokinetics):

تعتمد العلاقة بين جرعة الدواء المعطاة والتركيز الفعال في الدماغ على عدد من عوامل الحراك الدوائي (انظر الشكل 34-1) ويعتمد امتثال المريض للعلاج على

تشجيع الأهل والمدرسين أكثر من الطفل. ويمكن أن يتأثر امتصاص الدواء بحقيقة أن حموضة المعدة أقل في الأطفال، وهذا يقلل من معدل الامتصاص للأدوية الحمضية مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (حيث إن كمية أقل من الدواء تكون في حالة الانحلال الدهني وعدم تكوين أيونات)، والأطفال لهم كبد نشط ولهذا فإن التصفية تكون أسرع للأدوية المتأيضة من قِبل الكبد، وهذا ينتج عن المبالغة في تأثير «الدورة الأولى» (First pass effect)، ولهذا فإن جزءاً أكبر من الدواء يتم امتصاصه من الأمعاء ويتم تصفيته في الكبد عن طريق الدوران البابي قبل الوصول إلى الدوران المجموعي. ويتأثر التوزيع بكثرة السائل الخارجي للخلية عند الأطفال. التوزيع الأكثر للسائل الخارجي للخلية يقلل من الكمية في الدم والدماغ.

إن الحاجز الدماغي الدموي أكثر نفاذية في الأطفال، ولهذا فإن الأدوية تعبر إلي هناك أسهل ولكن هذا يعكس جزئياً بالتركيز الكبير من البروتينات الممسكة بالأدوية في السائل الدماغي النخاعي.



الشكل رقم (34-1): يوضح الحراك الدوائي

إن الاختلافات في الحراك الدوائي بين الأطفال والبالغين في وضع تضاد، بانخفاض التوافر البيولوجي للدواء في الأطفال نتيجة التصريف الأسرع، والامتصاص البطيء وحجم التوزيع الأكبر، ولكن يزيد بزيادة النفاذ بالحاجز الدماغي الدموي، وتأثير التصفية الكبدية غالباً ماتكون المهيمنة، مما يؤدي إلى أن جرعات الأدوية النفسية بالنسبة للوزن تكون (50-100٪) أكثر في الأطفال. وتقل الحاجة لجرعات أكبر نسبياً مع الكبر، وتقل بشدة حول البلوغ وعند منتصف أو نهاية المراهقة، حيث تكون جرعات الدواء مثل البالغين. وتكون النسب بالدم مفيدة لضبط الجرعات لبعض الأدوية مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات والليثيوم (Lithium) ولكن غير نافعة لأنواع أخرى من الأدوية مثل المنبهات. إن الاستجابة للأدوية عند الأطفال متغيرة والجرعات الموصوفة تحتاج لأن تتغير في ـ المقام الأول ـ وفقاً للاستجابة الإكلينيكية والنظر بالجرعات الموصى بها (والنسبة بالدم الموصى بها مثل الدلائل الإرشادية عن الحدود غير المتغيرة. ولأن الجرعات المناسبة صعب التنبؤ بها فمن الحكمة أن نبدأ بجرعة منخفضة تزداد ببطيء. والأدوية ذات الجرعة الواحدة تفيد في امتثال المريض، ولكن الجرعات المقسمة أفضل في تخفيض التأثيرات الجانبية.

الديناميكية الدوائية (Pharmacodynamics):

عندما يصل الدواء إلى الدماغ فإن تأثيره يعتمد على التفاعلات مع مستقبلات الدواء. وهناك تغيرات نمائية كبري في العدد والنسبة في أنواع المستقبلات المختلفة. إن دواءً واحداً ممكن أن يُنشّط عدة أنواع من المستقبلات، والمستقبلات ممكن أن يكون لها تأثيرات مختلفة، فالتغيرات النمائية في التوازن لأنواع المستقبلات ممكن أن تنتج عن أن نفس الدواء يكون له تأثيرات مختلفة على الأطفال والبالغين. ولهذا قد تسبب المنبهات نشاطاً ومرح الجنون عند البالغين وليس الأطفال، ولكنها تقوم بالعكس تماماً إن كان لها تأثير الأدوية النفسية للبالغين ليس من الضروري أن تنجح مع الأطفال والعكس صحيح. وبالإضافة إلى ذلك، والأدوية المعروفة للبالغين من قِبل الأطباء النفسيين يمكن أن تستعمل للأطفال كعلاج لمجموعة أخرى من الاضطرابات، فعلى سبيل المثال «مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات»

مفيدة لعلاج الأكتئاب في البالغين ولكنها تُستخدم بجرعات أقل لعلاج فرط الحراك عند الأطفال أو لعلاج سلس البول.

الدواء: مجموعات خاصة من الأدوية
(Medication: Specific Groups of Drugs):

المنبهات (Stimulants):

يُعتبر المثيل فينيدات (Methylphenedate) أو الديكساميفتامين (Dexamphetamin) هو الدواء المختار لعلاج فرط الحراك الشديد. ويُعتبر سحب دواء البيميولين (Pemoline) لمخاطره على الكبد. ولقد تمت مناقشة الاستعمالات والآثار الجانبية في الفصل الخامس. أما المنبهات فلها تأثير قوي، وعادة ما تقلل فرط النشاط (بأكثر من واحد) انحراف معياري. وبما أن معظم الأطفال المعالجين بالمنبهات يكونون اثنين أو ثلاثة انحراف معياري أكثر نشاطاً من المتوسط فالمنبهات تقلل من فرط النشاط أكثر من محوه، مع التأكيد بالحاجة على المساعدة التعليمية والسلوكية أيضاً. عندما يكون فرط النشاط مصاحباً بمشكلات في التصرف، فالعلاج المنبه يُحسّن مشكلات التصرف أيضاً مثل التحسن في فرط الحراك، ولكنه ليس مؤكداً، إن كانت المنبهات تحسن مشكلات التصرف وحدها بمعزل عن فرط النشاط. حقيقة أن المنبهات لها عمر نصفي قصير ومدة عمل قصيرة؛ مما يجعلها ميزة فجرعات الصباح ونصف النهار تحسن الانتباه للمدرسة والواجب المدرسي وتجعل فقد الشهية والنوم أقل تأثراً بالمساء، وهذا يجعل الطفل يأكل وينام بعد ذلك. والعيوب هي العمر النصفي القصير متتضمنة الكفاءة المتقلبة خلال النهار وسوء ارتداد الأعراض في نهاية ما بعد الظهر أو مع ابتداء المساء، لو هذا سبب مشكلات، فالمستحضرات بطيئة الإطلاق تكون مناسبة. ويمكن علاج فرط الحراك عند الأطفال المصابين بالتوحد أو عجز الكلام العام بالمنبهات ولكن على حساب سوء السلوك (انظر فصل 4 و 24).

تساعد المنبهات أحياناً أو تزيد من الحركات الاضطرارية في عضلات

الجسم (الخلجات)، ولذا يتجنب بعض المعالجين استخدام المنبهات في الأطفال الذين يعانون من هذه الحركات الاضطرارية أو تاريخ عائلي قوي، ويتم استخدام الكلونيدين أو ايميبرامين كبديل. وآخرون ما زالوا يختارون المنبهات كخط علاجي أول، باستخدام جرعات منخفضة أو متوسطة مع المتابعة الدقيقة لاكتشاف أي الحركات سيئة .أما المنبهات الأكثر كفاءة في علاج فرط الحراك لها فعل أدرينالي ودوباميني معاً، وهذا يكشف عن مفتاح أمراض فرط النشاط ـ لكنه ليس مؤكداً ـ فإن مجموعات أخرى من علاجات فرط الحراك لها أفعال دوائية مختلفة.

الكلونيدين (Clonidine):

من الممكن أن يُستخدم مناهض ألفا – 2 لتقليل فرط الحراك والسلوك المندفع في الأطفال المصابين بضعف الانتباه وفرط النشاط، وعموماً فإنه أقل كفاءة من المنبهات خصوصاً في علاج عدم الانتباه. وهناك دليل على أن الكلونيدين يحسن العرات (الحركات الاضطرارية للعضلات). إن تأثير الكلونيدين قد يأخذ شهوراً لكي يظهر تأثيره. ويمكن أن تكون الهدأة والانزعاج مشكلة. ويجب مراقبة مخطط كهربية القلب مثلاً مع مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات وإيقاف الدواء يجب أن يكون تدريجياً لتجنب متلازمة الامتناع (Withdrawal Syndrome).

مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات [(Tricyclic antidepressants (TCAs)]:

تستخدم لعلاج سلس البول الليلي بجرعات منخفضة أو متوسطة (مثلاً 25 75 مجم إيميبرامين ليلاً)، ولكن من النفع استخدام التوعية السلوكية أو ديزموبريسين بدلاً (انظر الفصل 17). قد يعالج فرط الحراك أيضاً بجرعات بسيطة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات لو فشلت المنبهات أو كانت ممنوعة (انظر الفصل 5، 14).

كلوميبرامين (Clomepramine) [مضاد الاكتئاب ثلاثية الحلقات يعمل على استرداد السيروتونين] كجرعة كاملة يساعد في اضطراب الوسواس القهري (انظر

الفصل 13)، وممكن استخدامه أيضاً في اضطراب (الرهاب). هل مضادات الاكتئاب لها دور في علاج الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين؟ تبقى الإجابة جدلية والتجارب لم تساند الاستخدام.

ويُستخدم بجرعات منخفضة لعلاج سلس البول وفرط الحراك وهذا الدواء له تأثيرات جانبية قليلة، وأن مع ازدياد الجرعات، تكون التأثيرات الجانبية أكثر ومنها جفاف الفم، الصداع، الوخم، الضعف واضطراب النظام القلبي والموت المفاجئ. خصوصاً مع الديسيميبرامين (Desimepramin)، ولتقليل هذه المخاطر يجب عمل مخطط كهربية القلب دورياً قبل الزيادة في الجرعات للتأكد أن ليس هناك اضطرابات في القلب. تخطيط كهربيةالقلب ضروري في حالة ازدياد الجرعات لمراقبة علامات التحذير مثل طول فترة (R-P) وفترة (R-Q).

مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية

[Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)]:

تستخدم لعلاج اضطراب الوسواس القهري كما تُستخدم لعلاج الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، لأنها ذات قيمة مثبتة، إذ أن التجارب الإكلينيكية تفيد أنها ذات كفاءة عالية، ولكن ليست من الواضح، لأن المنافع أكثر من العيوب مثل الإصابات النفسية والانتحار. الدلائل الإرشادية للحكومة البريطانية لا تساند استخدام (SSRIs) إلا الفلوكسين. للاكتئاب عند الأطفال أو المراهقين. هناك دليل على أنها تساعد في بعض اضطرابات القلق ورفض الكلام الاختياري ولكنه محدود. (انظر الفصل 9 و15)، والتأثيرات الجانبية تتمثل عادة في الغثيان، الترجيع، الهياج، الأرق والصداع.

مثبطات أكسيداز أحادي الأمين

[Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)]

إن توافر مثبطات أكسيداز أحادي الأمين الانتقائية والقابلة للتعديل مثل

موكلوبميد قد جعلت هذه النوعية من الأدوية أسهل وآمن للوصف حيث لا مجال لحدوث التفاعلات العكسية مع الطعام العادي. قد تكون هذه الأدوية ذات فائدة في علاج فرط الحراك والاكتئاب المقاوم للعلاج.

مضادات الذهان (Neuroleptics):

تستخدم لعلاج الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات ذهانية واضطراب العرّات (انظر الفصل 14، 22)، وقد تكون ذات فائدة في علاج الأطفال المصابين باضطرابات التوحد أو عجز التعلم العام (انظر الفصل 4، 24)، إن الدليل ضعيف على أن الجرعات المخفضة من مضادات الذهان خاصة اللانمطية قد تزيد من المنافع في علاج اضطراب نقص الانتباه مع فرط الحراك (ADHD)، ولهذا الشك فلا يوصف إلا عن طريق الاخصائي فقط نظراً لاختطار المضاعفات الجانبية.

إن مضادات الذهان ليست العلاج طويل الأمد المناسب للمصابين بعجز التعلم العام المصحوب بالسلوك العدواني عند الأطفال (انظر الفصل 24). ويجب أن تستعمل مضادات الذهان بحذر لتأثيراتها الجانبية، التي قد تؤثر على التعلم. ففي الأسابيع الأولى من العلاج تسبب مضادات الذهان عادة أعراضاً خارج السبيل الهرمي مثل خلل التوتر الحاد وباركينسونية، ويقل الخطر مع مضادات الذهان اللانمطية. وباستخدام مضادات الذهان النمطية مثل الهالوبريدول يجب وصف مضادات المسكارين مثل بينزوهيكسول لتفادي التأثيرات الخارجة عن السبيل الهرمي. مضادات المسكارين ممكن أن تسحب بعد ستة أسابيع، لأنها نادراً ماتكون لها استعمال بعد هذا الوقت وتكون مؤذية. كلوزابين (مضاد الذهان لا نمطي) ممكن أن يكون نافعاً في علاج الفصام الشديد، ولكن استخدامه قليل لأنه يسبب اعتلالات الدم خاصة في الأطفال.

المتلازمة الخبيثة لمضاد الذهان (Neuroleptic Malignant Syndrome) ليست منتشرة ولكنها مميتة. ويمكن تشخيص المتلازمة باستخدام الخصائص الأربع الأساسية، وهي الحمى، الصمل العضلي، التغيرات العقلية مثل الالتباس البسيط وخلل بالنظام الأوتونومي مثل الشحوب، العرق، الارتعاد. اختبارات الدم تدل

على ارتفاع مستوى فسفوكينازالكرياتين [(Createnin phosphokinase)(CPK)]، وارتفاع عدد كريات الدم البيضاء، ولأن الأعراض ممكن أن تتطور في ثمان وأربعين ساعة إلى فرط في السخونة والصمل ووهط الدورة الدموية وفشل متعدد الأعضاء، ولذلك فالرصد مهم والطفل المصاب بأعراض مشكوك فيها ويأخذ مضادات الذهان، وفي هذه الحالة يتم وقف العلاج فوراً مع وجود شك يوحي باليقين. المتلازمة الكاملة تتطلب العناية المركزة ومرخيات العضلات. العلاج طويل المدى بمضادات الذهان ممكن أن يؤدي إلى خلل الحركة والذي أحياناً يكون مستديماً حتى بعد إيقاف الدواء. الخطر من خلل الحركة المتأخر له علاقة بالجرعات على مدى الحياة ويزيد مع استخدام مضادات المسكارين لمدة طويلة. إن الدليل ضعيف لأن الإصابة العصبية تزيد من حدوث خلل الحركة المتأخر.

الليثيوم (Lithium):

يُستخدم بكثرة في العلاج والوقاية من الاضطراب المزاجي ثنائي القطبية عند البالغين، وربما له نفس القيمة في الأطفال. ويمكن استخدامه في علاج النوبات العدائية الشديدة التي أثيرت بمسببات بسيطة والمقاومة للعلاج النفسي السليم. جرعة الليثيوم المضبوط بالبلازما يكون حوالي (0.7-1.0ميلي مول) في العينات المأخوذة بعد 12 ساعة من آخر جرعة. الآثار الجانبية عادة ما تكون غثيان، رعاش خفيف، عطش، بوال، سلس البول. وبما أن مخاطر قصور الغدة الدرقية وارد فإن اختبارات الغدة الدرقية مهمة قبل وخلال العلاج. إن المراقبة الروتينية لوظائف الكلى غالباً تكون غير ضرورية والجرعات الزائدة تسبب تسمم مميت. العلامات الأولية هي الرعاش الغليظ، اضطرابات المعدة والأمعاء والالتباس البسيط. وبما أن هذه العلامات التحذيرية للتسمم غالباً ما تكون كامنة في الأطفال المصابين بعجز التعلم العام، فالليثيوم يوصف بحذر لهذه المجموعة.

الأدوية المضادة للصرع كعقاقير نفسية التأثير (Anti-epileptic medications as psychotropics):

كاربامازبين (Carbamazepine) وفالبورات الصوديوم (Sodium

(Valproate يمكن استخدامهما بدلاً من الليثيوم لعلاج ارتدادات الاضطراب المزاجي ثنائي القطبية، ومع هذا الاستثناء، فلا يوجد دليل قوي على أن أدوية مضادات الصرع تحسن من المشكلات السلوكية والانفعالية في الأطفال الذين لا يعانون من الصرع (حتى لو عندهم تغيرات بسيطة بمخطط كهربية المخ). أدوية مضادات الصرع يكون لها تأثير إيجابي وسلبي على الأطفال المصابين بنوبات مرضية واضحة. فتقليل النوبات يحسن من الصحة النفسية أحياناً، ولكن أدوية مضادات الصرع ممكن أن تتسبب في الخمول وفرط النشاط وسرعة الغضب.

البنزوديازيبين ومضادات الهيستامين والمهدئات الصغرى الأخرى

(Benzodiazepines, antihisamines and other minor tranquillizers):

على الرغم من أن هذه المجموعة الأكثر وصفاً للأطفال، ولكنه يوجد جدل، حيث يمكن أن تكون أقل فاعلية وتؤدي لمشكلات طويلة الأمد من مشكلات النوم ومشكلات القلق تستجيب للطرق السيكولوجية أكثر، البنزوديازيبين قد يكون ذا فائدة أحياناً في علاج القلق الحاد الشديد مثلاً قبل العمليات (لكن الأفضل إزالة التحسس عند الأطفال قبل مواجهة مخاوفهم أو مواقف مكررة).

الغذاء (Diet):

وصف الأطباء الغذاء كعلاج من آلاف السنين والغذاء ما زال علاجاً مهماً لعدد من المشكلات البدنية مثل الإكزيما، الصداع النصفي، بيلة الفنيل كيتون، في الصرع المقاوم للشفاء. ربما نحتاج لتجنب بعض الأطعمة التي تثير الأرجية أو لأنها تسبب أثاراً معاكسة أخرى. كمثال على التأثير الذي لا ينطوي على الأرجية يحتوي الفول على عدة عوامل مؤكسدة تتفاعل مع نقص أنزيم موروث، ويؤدي إلى نوبة تكسير كريات الدم الحمراء. كيف يكون مكون غذائي في حد ذاته له هذا التأثير المضاد؟ ليس واضحاً والأفضل أن نتحدث عن عدم تحمل الغذاء وليس الأرجية الغذائية.

وهل ظاهرة عدم تحمل الغذاء تؤدي إلى مشكلات نفسية عند الأطفال؟

اقترح فينجولد (Feingold) أن فرط النشاط ومشكلات التعلم متصلة بإضافات الطعام والساليسيلات الطبيعية. وقد استخدم غذاء (فينجولد) لتجنب هذه المواد، ولكن التجارب لم تؤكد فاعليته ولكن هناك أدلة أفضل على كفاءة «النظام الغذائي المحدود»، يبدأ الأطفال بحمية محددة للغاية، بإلغاء الإضافات وكثير من الغذاء الطبيعي أيضاً، بما فيها منتجات الألبان والقمح ومعظم الفاكهة، ولو لم يتم التحسن بعد أسبوعين أو ثلاثة يُوقف العمل بهذا النظام، فهذا النظام يناسب بعض الأطفال فقط.

فلو تحسن السلوك على «النظام الغذائي المحدود» فيتم تقديم الطعام المستبعد واحد تلو الأخر لمعرفة ما هو الطعام الذي يثير المشكلات السلوكية. في بعض الظروف، نقوم بتجربة لمعرفة ما إذا كان هذا الطعام بصفة خاصة يصنع فارقاً. إن التقييم المنضبط أكد أن هذا النظام يعرف الطعام الذي يسبب سوء سلوك الطفل. بالفعل لا يوجد طعام متهم واحد، فيختلف الأطفال في عدم احتمال أطعمة مختلفة، وكثير من الأطفال يعانون من عدم احتمال أطعمة لأكثر من عامل. مضافات الطعام عادة ما تكون متهمة، ولكن منتجات الألبان والشوكولاتة والقمح والبرتقال والطماطم، والبيض أيضاً. معظم الأطفال الذين يعانون من عدم تحمل الإضافات يعانون من أرجية لأنواع أكثر من الأطعمة الطبيعية أيضاً. بما أن الغذاء يعتقد أن يكون علاجاً لفرط النشاط، فالأطفال المستجيبون للنظام الغذائي المحدود يكونون أقل انزعاجاً وأقل نشاطاً ولكن هل نفس النظام قد يساعد الأطفال المصابين بضيق الصدر والسلوك المعارض ولكنهم لا يعانون من فرط الحراك هذا ليس واضحاً.

إن «النظام الغذائي المحدود» صعب بالنسبة للجميع وليس الأطفال والأهل بقادرين أن يستكملوه. وقد يكون عمل غذاء مخصوص لأسابيع غير مجدٍ بالنسبة للأهل المشغولين كما أن شراء الغذاء المخصوص غالباً ما يكون مكلف أيضاً. وهناك إخفاقات، فمثلاً لو غش الطفل باستمرار، أو لجأ إلى السرقة من الثلاجة أو شراء

أطعمة ممنوعة أو عند الأكل مع الزملاء في المدرسة. هل ممكن معرفة أي من الأطفال قد يستجيب للنظام ؟ للأسف لا، حتى تحاليل الدم أو الجلد، أو حتى الاختبارات المعقدة مثل تحليل الشعر. غير أن هناك مؤشرين للاستجابة الجيدة، أولاً: أن الأهل معروف عنهم مسبقاً هذه النوعية من التفاعلات تجاه الطعام، وثانياً: أن الأطفال عندهم لهفة لنوع معين من الطعام (والذي قد يكون النوع المسبب للمشكلات السلوكية)، فلو تحسن السلوك؛ فيؤكل الطعام مرة ثانية واحد تلو الآخر لمعرفة السبب. وكيف يكون هذا النظام الموجز مقارنة بالنظام الغذائي المحدود؟

علاجات بدنية أخرى (Other Physical Treatments):

المعالجة بالتخلج الكهربائي

[(Electroconvulsive therapy)(ECT)]:

نادراً ما تستخدم للأطفال ولم يتم تقييمه جيداً. ممكن اللجوء لها لو فشل العلاج للاكتئاب أو الجامود [(Catatonia) (شكل من الفصام)].

الجراحة (Surgery):

الجراحة النفسية ليست ذات دلالة للأطفال ولكن جراحات الصرع الناجحة ممكن أن تشفي الأطفال، وليس فقط من النوبات ولكن من المشكلات السلوكية أيضاً. مثلاً استئصال نصف الكرة المخية للأطفال المصابين بالفالج مع النوبات الشديدة وغالباً ما تتحسن لديهم النوبات وفرط النشاط والضيق أيضاً. ليس واضحاً إن كان التحسن السلوكي نتيجة انتهاء النوبات أو نتيجة لانسحاب العلاج أو من استئصال الأنسجة المخية.

الفصل الخامس والثلاثون

المعالجات السلوكية

Behaviourally-Based Treatments

كانت الوسائل السلوكية مؤسسة على ماهو مُتعارف عليه وهو أن كل السلوكيات تُعلَّم، وبالتالي ممكن ألا تعلم، وهناك منظور آخر في المذهب السلوكي وهو أن السلوك يتأثر بأحداث سابقة وردود تالية.

التكيف الكلاسيكي يتضمن تأثيرات (المؤثر ـ الاحتمال): وقد شرحه بافلوف في (1927). موضحاً أن المؤثر المحايد مسبقاً يُصاحب بآخر يؤثر برد فعل فسيولوجي، ومع الوقت نجد أن المؤثر الجديد بمفرده (المُسمَى المتكيف) يؤدي إلى نفس الاستجابة، والعلاج على هذا الأساس يؤدي إلى استجابات فسيولوجية جديدة مثل الاسترخاء. وهناك أمثلة يتم تطبيقها على الأطفال والمراهقين جيداً تتضمن إزالة التحسس للرضح والرهاب.

التكيف الاستثابي: يكتنف تأثيرات (الاستجابة ـ الاحتمال)، كما وضحها سكينر عام 1938، حيث تكون الاستجابة للمؤثرات أو أي نوع من السلوك أقوى وكثيرة الحدوث عقب مكافأة (التعزيز الإيجابي) أو الهروب من العواقب غير السعيدة (التعزيز السلبي) ويقل السلوك إذا تم تأجيل المكافأة أو استبعادها أو إذا أدى السلوك إلى عواقب غير سعيدة (العقاب). العلاج بدليل هذه الطريقة يغير الاحتمال التالي للسلوك باستمرار. مثلاً، لزيادة السلوك المراد من خلال المكافأة (نظافة الملابس الداخلية) أو لتقليل السلوك الخاطىء من خلال العقاب (تنظيف الأرض بعد وقوع الطعام عليها) وهذا النظام يتضمن التأكيد بأن الأعراض أو السلوك غير المراد لا يكافأ من غير عمد. مثلاً، التأكد أن الطفل لا يُكافأ على ألم البطن النفسي بعدم الذهاب للمدرسة والبقاء في المنزل.

نظرية التعلم الاجتماعي:

وضحتها (بندورا) عام 1960، أدى إلى التوسيع في النموذج السلوكي لتعريف أولوية العلاقات الإنسانية في التأثير على التعلم. أكد (باتيرسون) أن الأطفال والمراهقين لهم الدور الأساسي في جذب انتباه الأهل لتقديم المكافأة، وقد اكتشف أن في العائلات التي لديها قليل من التفاعلات الإيجابية، يقوم الأطفال بسلوك مضاد للاجتماعية لكي يحظوا بالانتباه وإن كان من النوع السلبي. والعلاج يتم بزيادة الانتباه للأطفال عندما يقومون بالسلوك الصحيح مثل (الكلام بحنان للطفل الذي يلعب في هدوء) وعدم الانتباه للطفل عندما يسلك سلوك خاطيء (مثلاً عدم الكلام للطفل الذي يصرخ). ومثال لهذا الأسلوب هو العمل الجيد وتدريب الآباء لتقليل سلوك الطفل غير الاجتماعي.

تطبيق الطرق السلوكية في الممارسة (Behavioural Methods in practice):

التقييم (Assessment):

بدلاً من إسناد المعنى للسلوك يجب العمل على تحليل وظيفي أولا. المقدمات **(Antecedent)**، والسلوك نفسه **(Behaviour)** والتوابع **(Consequence)** وبحروف (ABC) هي تظهر بتفاصيلها في شكل (35-1) أمثلة على المقدمات: يسبق ثورة الغضب في الطفل ذي الأربع سنوات: إلحاح الأم على الدخول للنوم أو وجود شقيق يأخذ الألعاب. يسبق نوبة الرعب في الطفل ذي الخمسة عشر عاماً: الوجود خارج المنزل بملعب كبير أو الوجود في سوق مزدحم. يسبق ألم البطن النفسي في الطفل ذي العشر سنين، مشاجرة بين الأهل أو واجب منزلي صعب. ويؤدي تغير المقدمات وحدها أحياناً إلى (التحكم بالمؤثر) أي يكون كافياً لتخفيف المشكلة.

إن طرق جمع المعلومات تتضمن وصف السلوك بالتفصيل من الأهل، وكتابة المذكرات، مع الزيارات المنزلية أو المدرسية لمشاهدة السلوك في السياق الذي يسبقه و يتم تسجيله .

والتحليل السلوكي يركزعلي ما يحدث واقعياً (هنا والآن)، ومعنى السلوك عند الأهل (لقد أصبح إجرامياً مثل عمه) وشرحهم لذلك ممكن أن يساعد على الاستكشاف ولكنه ليس جزءاً من النظام السلوكي المقيد.

المقدمات (Antecedent events):

- تجارب الطفل قبل السلوك مباشرة.
- الناس المتواجدون.
- الأماكن.
- الوقت خلال اليوم.
- المواقف.

السلوك (Behaviour):

- الطبيعة (بالتفصيل ماذا حدث فعلاً).
- وقت البداية.
- التكرار.
- درجة الشدة.
- مدة النوبات.

التوابع (Consequences):

- تغير في مطالب الطفل والتوقعات المنتظرة من الآخرين.
- تغير في الانتباه والموقف الاجتماعي.
- حصول الطفل على أهداف ومطالب في الحال.
- التأثير على الأشقاء والأهل.

الشكل رقم (35-1): تحليل [ABC] (المقدمات، السلوك، التوابع)]

التفاوض على الأهداف مع الأهل والصغار (Negotiation of goals with parents and young person):

1 ـ حدد السلوكيات المستهدفة بدقة على قدر الإمكان. فيجد كثير من الآباء هذا صعباً، حيث يكون لديهم مخاوف كثيرة ـ الطفل غير مطيع ـ إنه يعيش بوجهين

مثل (د.جيكل ومستر هايد)، والهدف أن نساعد الأهل على التعرف على ماهية المخاوف.

2 ـ تقدير تأثير السلوك على حياة الطفل وعلى الأشقاء والأهل والأخذ بالاعتبار الآتي:

أ ـ التأثير الانفعالي والإنساني

ب ـ اجتماعي

ج ـ التطور

د ـ التعليم والأهلية

هـ ـ احترام النفس

إن الخوض في هذه القائمة يساعد الأهل على مراجعة التأثير الكلي من وجهة نظر الطفل، مثلاً أحياناً يهتمون بالرائحة والتأفف من الطفل لعدم قدرته على التبرز أو على التبول إراديًا. إن تقدير التأثير يجعلهم منتبهين للتأثير الاجتماعي على الصداقات والانفعالات. وهذا يساعد على تقليل السلبيات، ووجود التعاطف والدافع لإجراء البرنامج العلاجي. ويعي الأهل عيوب الموقف الحالي على المدى الطويل أيضاً بدلاً من التذمر الوقتي، وزيادة الإيجابيات المرئية تؤدي إلى اشتراكهم واقتناعهم بالعلاج.

3 ـ إقرار النتائج المطلوبة بمصطلحات سلوكية، وهذا لن يكون امراً عاماً فقد تشكو الأم قائلة (يجب أن يكون الطفل مؤدباً معي). (يجب أن يرتدي ملابسه بنفسه يومياً) فيقترح الطبيب (سوف يذهب إلى سريره مرة للنوم كل أسبوع الساعة 8.30 مساءً)، و إن كان لدى الطفل نوبات غضب تستمر أكثر من 5 دقائق وتتضمن الركل والرفس ورمي الأشياء فمن المناسب على الطبيب أن يقترح أن يكون الهدف تقليل هذا إلى مرة واحدة أسبوعياً. إذ أن التوقف التام غير واقعي.

4 ـ صياغة السلوك الإيجابي المراد. وهذا ممكن أن يكون صعباً للأهل إذ أنهم يفكرون فقط في وقف السلوكيات السلبية فقط مثل العراك، الجري، الضجيج، بلل الفراش..إلخ، أما السلوكيات الصحيحة لكل حالة ممكن أن تكون: (إلعب مع أخيك بهدوء، المشي بهدوء، الكلام بهدوء، استخدام الحمام جيداً). الجزء الأكبر على العمل السلوكي ليس في التخلص من السلوكيات الخاطئة (الطفل المنتبه فقط لما يجب ألا يفعل، لا يجد المساعدة في اكتشاف الطريق وحتى إن كان مطيعاً سيبقى كما هو)، ولكن تشجيع السلوك المراد والصحيح في مكانه، يجعل السلوكيات الخاطئة تختفي. لو صُيغت السلوكيات السليمة بالإمكان البدء في العمل على خطة التدخل، مع التأكيد على التوضيح للطفل: ما هو المراد، ولكن كيف يصيغ للطفل طريقه مع الحصول على المكافأة عند البدء.

5 ـ التوضيح للأهل والطفل:

أ – لماذا يسلك الطفل هذا السلوك في المقام الأول بطرق بعيدة عن العادات المكتسبة وبعيداً عن الصفات الشخصية والتفاعلات الداخلية؟

ب – إن هناك فرصة للتغير ولكنها تستوجب تغييرهم أيضاً.

الأساليب (Techniques):

للزيادة من الأسلوب المراد اكتسابه:

ـ **التعزيز الإيجابي**: مكافأة السلوك السليم من خلال المكافأة والمدح.

ـ **التعزيز السلبي**: إزالة الظروف المؤثرة المكروهة بعد اكتساب السلوك السليم (التوقف عن الإلحاح قبل الذهاب للنوم).

ـ **شرح النظرية للأهل والطفل**: هذا يتضمن مساعدتهم على صياغة العلاج بطريقة مفهومة من قبلهم وجذابة.

- **تدريب المهارات:** مع تجربة الأداء والقيام بالدور.

- **إزالة الظروف المصاحبة للسلوك غير المرغوب فيه.**

للحد من السلوك الخاطئ:

- **تغير المؤثر:** إزالة أو تغير التحكم بالمقدمات السابقة.

- **الانطفاء:** بعد منع المكافأة المعروفة سابقاً مع تعزيز السلوك مثلاً، عدم الاهتمام بالطفل الشقي. يجب تحذير الأهل أن في هذه الفترة ممكن أن يعمل الطفل جدياً للرجوع للحالة السابقة، والسلوك ممكن أن يسوء «التفجر بعد الانطفاء» التجاهل يمكن يعني أن يتضمن أكثر من مجرد الآباء. على سبيل المثال منع الطفل العدواني من أن ينال الإعجاب من زملائه.

- **التعزيز التفاضلي:** للسلوك المتنافر كما هو موضح سابقاً، هذا المبدأ هو محور لكثير من العمل السلوكي، والسلوك السليم والاجتماعي الذي يجب أن يُحّدد ويكافأ مثل الجلوس بأدب خلال أوقات الأكل بدلاً من الجري، واللعب بتعاون بدلاً من الشجار، قضاء الليل في غرفة النوم بدلاً من التجول .. إلخ.

- **العقاب:** وهذا يتضمن استخدام مؤثرات عقابية بسيطة بعد السلوك غير المناسب. في تربية الأطفال يكون هناك نقد لغوي دائماً. العقاب البدني البسيط أحياناً مثل الضرب الخفيف أسبوعياً لا يكون مؤذياً، ولكن العقاب المؤلم على المدى الطويل في جو بارد يكون مؤذياً حقاً. العقاب البدني معروف للأهل لأنه يوقف السلوك وقتياً ولكن السلوك يُعاد ثانية. ولكن ممكن الاحتياج له في الإيقاف الوقتي للسلوك المضر مثل، لمس مفتاح الكهرباء أو الجري في الطريق، ولكن يجب أن يكون هناك تفسيرات بعدها وتعزيزات مثمرة للأفعال المتناقضة وهذا يختلف عن الدائرة الخبيثة التي تحدث مع الأهل الضعفاء عند استخدام العقاب البدني الشديد، دائماً من غير تعزيزات السلوكيات العكسية.

- **وقت مستقطع**: وهو اختصار لعبارة (وقت مستقطع من التعزيز الإيجابي)، غالباً يتضمن أن يؤخذ الطفل من 3-8 سنوات بعيداً عن السياق الذي حدث فيه السلوك/ لمكان معتدل الإضاءة وهادئ لعدة دقائق، هذا يختلف عن المنع؛ لأن الطفل يؤخذ من كل المؤثرات الاجتماعية والتعزيزات، وليس من واحد بعينه وهذه الطريقة تكون قوية التأثير و ليست ضارة (مع أنها تؤخذ من ناحية الطفل أنها عقاب). هناك عدد من الاختبارات لتنظيم برنامج الوقت المستقطع وتتضمن التالي: يجب أن تكون القواعد واضحة، ويجب أن تكون محددة ولكل مكونات السلوك قبل التطبيق، ويجب أن تضع أمام الطفل التحذير والسلوك البديل (من فضلك توقف عن الرمي واجلس أو إنك ستذهب لوقت مستقطع)، ويجب أن يؤخذ الطفل بطريقة هادئة أو باستخدام القوة البدنية لو كانت ضرورية من غير إلحاق الأذى بالطفل، ويجب أن يكون المكان خالياً من أي أدوات للترفيه، ويجب أن يتنبه الأهل للطفل من غير الخوض في حوار معه. والطفل يجب أن يكون هادئاً قبل أن يخرج.

- **حساب الاستجابة**: هنا تسحب التعزيزات من الطفل عندما يفعل السلوكيات الخاطئة. وهذا يتطلب أن تكون هناك في الأصل نظام للمكافأة يتضمن المال، أو نظام النقاط، أو الامتيازات..إلخ. يجب أن يكون هناك شيء إيجابي كي نوقفه.

- **التصحيح المفرط**: يتطلب من الطفل ألا يفعل الصواب فقط بديلاً عما يفعله من خطأ، ولكن أن يعوض ما فعله أيضاً من أخطاء. وهذا يجعل الطفل يتفوق في تعلم استجابة بدنية بطريقة مضادة للفعل الأصلي السيء، مثلاً يعتبر خلع الحذاء عند الدخول استجابة مضادة لدخوله بالأوساخ سابقاً.

- **إزالة التحسس**: التعرض المتكرر لمؤثرات منفرة في موقف يكون الطفل فيه في وضع استرخاء ومطمئن، على سبيل المثال، التأهب من خلال مؤثرات ضوئية متزايدة الشدة بينما يكون الطفل ممارساً لتقنية الاسترخاء في وجود الأم، وهذه الطريقة تنجح في علاج اضطراب الكرب التالي للرضح وبعض أنواع الرهاب.

ملاحظة عن المكافآت:

- كل طفل مختلف، ساعد الأهل على تقرير ما هي الأشياء المحفزة للطفل، وتأكد من الطفل واسأل عن آرائه ومقترحاته.

- يمكن أن تكون المكافأة غير ملموسة مثل قضاء وقت مع الأهل..إلخ. والمكافآت الملموسة ليست من الضروري أن تكون باهظة الثمن مثل إمكانية الجلوس مع الأهل وقت الأكل، لبس ملابس خاصة، مشاهدة التليفزيون لوقت أطول..إلخ، هناك بدائل كثيرة للمال والهدايا.

- يجب أن يحظوا بالمكافأة فورياً بعد السلوك (لا نعده بدراجة في العيد القادم).

- راجع المكافآت غير المقصودة عند السلوك الخطأ (مرافقة الزملاء يجب الانتباه عند حدوث الفعل الصحيح وراقب ما يلقاه الطفل من مكافأة في الحال (هل يتم تجاهل الطفل إذا ما كان يلعب بهدوء؟).

- التأكد من أن المكافأة تُعطى باستمرار.

- غيِّر المكافأة كل عدة أيام.بعض الآباء يقولون «لقد جربنا هذه المكافأة وكانت لها نتيجة لعدة أيام ولكن لم يعد لها تأثير»، تذكر كم من الكبار لا يتذوقون قطعة الشيكولاتة بنفس المذاق الشهي إذا ما تعودوا عليها؟!

- استخدام مبدأ «بريماك»، وهو أن تستخدم ما يحب الطفل أن يقضي وقتاً طويلاً فيه كمكافأة مثل اللعب بالكمبيوتر، الجلوس على السرير، بالنسبة للطفل التوحدي ممكن اللعب بأيديهم أمام أعينهم!

- عند الأطفال الكبار والمراهقين وحتى عند الآباء شجع التحفيز الذاتي بنفس قدر المكافأة التي يقدمها الآخرون وهي في الواقع مكافآت غير ملموسة مثل أن يمتدح الشخص نفسه على السلوك الجيد وقد تكون مكافأة ملموسة مثل تناول العشاء في مكان محبب.

الإنجاز (Implementation):

لتعلم سلوك جديد، يجب على الطفل أن يعلم ماذا وكيف ومتى يفعله. لو أن الأهل يريدون أن يغيروا السلوك عند الطفل فيجب أن يكونوا واضحين. لحدوث التغير يجب أن يكون هناك المقدرة على الفعل والأداء المستمر والذي يتطلب الإرادة.

التدخل نادراً ما يتضمن تنفيذ ميكانيكي للأساليب القياسية لتغيير السلوك. ولكن العلاج السلوكي يكون مزامناً للمبادئ السلوكية ولكن في نطاق أوسع. المقاييس العامة تتضمن:

- التخطيط مستقبلاً مثلاً تخفيض الضغط المدرسي بالنسبة للطفل المصاب بالرهاب، تجنب اصطحاب الطفل المصاب بفرط الحراك للأسواق، أخذ الأشقاء كثيري الشجار خارج المنزل.
- التفاوض مع الطفل أو المراهق. كثير من الأهل يفعل ما يظهر لهم أنها مطالب معقولة، وبالتالي تأخذهم إلى مواجهة كبيرة. نقاش الأهل في الأوضاع الأساسية مثل نظم النوم أو ماذا ستفعل الأسرة في يوم الإجازة، مفيد للغاية ولكن هذا يتطلب من الأهل أن يستمعوا للأطفال وفي المقابل، يعرف الصغار أن رأيهم يُؤخذ بعين الاعتبار.
- التعرف على المعتقدات والحالات المزاجية للأهل والأطفال. البرامج السلوكية الأولية نجحت، ولكن في النسبة من الأهل الذين أخذوا التعليمات بعناية والتي كانت (50٪)، فإن معظم الممارسين يقضون وقتاً كبيراً في التعرف على مخاوف الأهل. (لو تركته يصرخ سأشعر أني أم سيئة، لا أستحمل تجنب بكائه ليلاً فهذا يذكرني عندما كنت طفلة).
- تكييف البرنامج على حسب التحسن. وهذا محوري للطرق السلوكية، عندما يُقاس النجاح بعناية وإن لم يحدث تحسن يجب أن تراجع التفاصيل كلها، والعمل على

استراتيجية جديدة لأفعال أكثر استحساناً للأهل. مثل لعبة الشطرنج، فحركات معينة لا تؤدي إلى الفوز ولكن يجب التغير حسب مقتضيات اللعبة حتى نحقق الفوز.

تقييم المعالجات القائمة على السلوكيات

(Evaluation of Behaviourally-Based Therapies):

النقد (Criticisms):

العلاج السلوكي هو علاج بلا روح ويتجاهل العقل ويعامل الناس مثل الكلاب أو الحمام، ويتجاهل الأمنيات والتحفيز والمخاوف والاعتقادات. ويمكن أن يفقد المعالج السلوكي التركيز على الأعراض الحالية، والمعنى الأشمل للصعوبات والمخاوف والضغوط التي أدت إلى المشكلة في المقام الأول. ويمكن أن يفقد شبكة الروابط والمقدمات والتي أدت إلى الأعراض السلوكية بالتفكير المتوازي والعلمي، فمثلاً: ثورة غضب الطفل ممكن أن تكون نتيجة عدم الارتباط بعلاقة مع الأم وتتطلب أكثر من مجرد المكافأة. لا مكان للأشياء غير الملموسة. بعض المشكلات مثل العجز والأزمات المفجعة لا يمكن إزالتها ولكن الأهل والأطفال يحتاجون لكثير من المساعدة لتخطي هذه المحنة. ويثبت العلاج السلوكي كفاءته في الشكاوى المحددة، ولكنه لا يناسب صعوبات العلاقات العامة مثل الإساءة الجنسية أو التخلي من الأهل.

الرد (Rejoinders):

كان العلاج السلوكي في 1950 و 1960 آلياً إلى حد ما، ولكنه الآن مذهب مرن، والممارسون يأخذون المعاني الفردية والمعتقدات والعلاقات بعين الاعتبار. والأهل والأطفال ينتهزون الفرصة المتاحة لعمل شيء فعلي لتخفيف المشكلة بدلاً من الجلوس والتحدث عن المشاعر فقط. ومن خلال تخفيف المشكلات وزيادة الأوقات

الجميلة، فالعلاقات تتغير وهذا في غاية الأهمية. وعلى المعالج أن يشارك العائلة في جدول الأعمال بدلاً من إعطاء تخمينات.

نتيجة الدراسات (Outcome Studies):

هناك عدد مهول من الدراسات على الحالة الواحدة والمئات من التجارب تجُرى على العلاج السلوكي للأطفال والمراهقين. فالمشكلات الجسدية في الأكل، النوم، سلس البول أو التبرز اللاإرادي يمكن حلها بنجاح، بحجم تأثير (0.7-1.5) انحراف معياري. أما السلوك المضاد للمجتمع وجنوح الأطفال قبل البلوغ قد تحسن مع حجم تأثير (0.4-0.8) انحراف معياري. أما فرط النشاط فقد تحسن بالطرق السلوكية، ولكن النتائج ليست طويلة الأمد وحجم التأثير (0.2 - 0.4) انحراف معياري. ومن ناحية أخرى الاضطرابات الانفعالية مثل رفض المدرسة والألم النفسي قد استجاب، ولكن التحسن ليس قوياً بدرجة كافية. ولكن بعض الاضطرابات الانفعالية استجابت بطريقة أفضل. وتم شفاء بعض أنواع الرهاب في عدة جلسات، كما تم تحسن كبير في اضطراب الوسواس القهري في عديد من الحالات بعد عشر جلسات من العلاج المتمثل في التعرض مع منع الاستجابة.

الفصل السادس والثلاثون

العلاج المعرفي والعلاج بين الأشخاص

Cognitive and interpersonal Therapies

المداخل المعرفية (Cognitive approaches):

تمتد هذه لأبعد من نطاق السلوك الملحوظ خارجياً وتعترف بالعالم الداخلى من الأفكار والمخططات العقلية، إن لم تكن المشاعر وحالات الإدراك وتُعرف باحتوائها على تأثير مستقل على السلوك، وليس كونها ظاهرة خارجية ثانوية للأحداث الخارجية وعلم وظائف الأعضاء الداخلي ويُدْرك العقل كونه قادراً على توجيه السلوك والوعي به.

والطرق السلوكية نافعة خاصة في المواقف الآتية:

(1) حيث يمكن التحكم في الظروف الخارجية مثلاً في أسرة يتواجد كلا الوالدين لعدة ساعات يومياً أو في فصل مدرسي.

(2) عندما يكون للأشخاص قدرات معرفية أقل تطوراً مثلاً مع الأطفال الصغار أو ذوى الذكاء المنخفض.

(3) حيث يسهل تحديد المشكلات بالسلوكيات الملحوظة.

والطرق المعرفية يمكن أن تكون نافعة خاصة في المواقف الآتية:

1 ـ حيث يكون الشخص أقل تكيفاً بالظروف الخارجية، ويعتمد أكثر على توجيه الذات، واختيار البيئة المباشرة على سبيل المثال: في الشوارع، في ملعب المدرسة أو على انفراد بعيداً عن البيت.

2 ـ حيث يكون للأفراد القدرة على التفكير المستقل والذي يمكن ترجمته إلى عمل

3 ـ حيث تكون المشكلات أساساً في الفكر وليست سلوكيات قابلة للملاحظة أصلاً على سبيل المثال: القلق، الاكتئاب، ذكريات الصدمات.

وتقترب المداخل المعرفية من التقليد السلوكي في القياس الدقيق والتصديق التجريبي الموضوعي وتكون مصحوبة غالباً بتدخلات سلوكية وتدعمها مجموعة من البراهين الموضحة للتشوهات أو القصور المعرفي في اعتلالات مختلفة تصيب الأطفال والشباب بما فيها العدوان «فرط النشاط و قلة الانتباه، والقلق، واضطراب الكرب التالي للرضح، وضغوط ما بعد الكرب والاكتئاب، وبينما نجد المداخل المعرفية المصممة للاضطرابات النوعية تميل للتركيز على المحتوى وبناء الإدراكات ضمن المجال محور الحديث، فإن مداخل حل المشكلات بين الأشخاص تركز على تعزيز العمليات العامة المطلوبة لتوليد حلول للمشكلات الاجتماعية اليومية، وبدلاً من التزويد بالطريق «الصحيح» للتفكير حيال المشكلة، فإن هذا المدخل يؤكد على مساعدة الأطفال على توليد حلولهم الخاصة والأكثر نفعاً.

المداخل المعرفية للاضطرابات النوعية

(Cognitive approaches to specific disorders):

الاكتئاب (Depression):

إن التشوهات في التفكير المشابهة لتلك الموجودة في البالغين قد ظهرت كذلك في الأطفال وتشمل برامج العلاج:

(1) مهارات ضبط الذات المنشطة لنتائج العمل [مدح الذات أكثر، معاقبة الذات أقل، مراقبة الذات «إعارة الانتباه للأشياء الإيجابية التي يفعلونها»، وتقييم الذات] وضع معايير أقل تكاملاً للنفس، والتدريب على صفة الجزم والتأكيد.

(2) مهارات اجتماعية، وتشمل طرق لبدء تفاعلات والمحافظة على التفاعلات والتعامل مع النزاع واستخدام الاسترخاء والتخيل.

(3) التقييد المعرفي ويشمل مجابهة الأطفال حيال نقص الدليل على إدراكهم المشوه.

وقد أوضح عدد من التجارب العشوائية المنضبطة. أن الأطفال الذين يحصلون على علاج معرفي للاكتئاب يتصرفون بشكل أفضل من أمثالهم من هم في قائمة الانتظار، وهؤلاء الذين يتلقون استشارات تقليدية، ومع ذلك فإن حوالي النصف فقط يستجيبون ويرتفع معدل النقص التالي إلى مع 50٪ ليصبحون مكتئبين مرة أخرى، وفي البالغين فإن معدل الانتكاس يكون مشابهاً للعلاج بالعقاقير، وفي المراهقين فإن العلاج المعرفي مفيد حيث لا يوجد دليل كافي على دور مضادات الاكتئاب ويتم تطوير علاجات مساعدة وتحسينية، بالإضافة إلى العلاج المعرفي، ذلك فى الوقت الحالي. أما العلاجات المنقولة بالكمبيوتر «باستخدام الأقراص المدمجة أو مباشرة عن طريق شبكة المعلومات» فيتم تطويرها للسماح باستخدامها ذاتياً.

القلق (Anxiety):

مرة أخرى فإن التطبيق فى الأطفال قد أتى بعد استخدام العلاج في الكبار، ويتم استخدام طرق مشابهة بما فيها تصحيح التفكير المشوه وتطوير الحديث الذاتى الإيجابي والتخيل الموجه، ويساعد العلاج في التحكم بالمواقف المثيرة للخوف والارتخاء خلال التعرض والتجارب العشوائية، وقد أظهرت نتائج جيدة مع أكثر من نصف الحالات لتصل بهم إلى المدى الطبيعي.

العدوان (Aggression):

ظهر أن الأطفال العدوانيين يتميزون بالآتي:

- يستقبلون مزيداً من الإشارات العدائية في المواقف الاجتماعية.
- ينتبهون لإشارات أقل عند توضيح معنى سلوك الآخرين.
- يتخذون النوايا العدائية للآخرين في المواقف الغامضة.
- يدركون مستوى عدوانيتهم بشكل أقل.

- يقومون بتقديم حلول فعلية وجازمة بصورة أقل لمواقف الصراع، والمزيد من الحلول الهجومية البدنية لذات الموقف.
- يعتقدون أن هذا العدوان سوف يقلل ردود الأفعال البغيضة من الآخرين ويكسبهم نتائج إيجابية ملموسة.

إن المراهقين العدوانيين يعتقدون أن السلوك العدواني سوف يزيد من تقديرهم لذاتهم، ويضمن لهم السيطرة والانتقام أكثر ولهم انتماء اجتماعي أقل بمقاييس المقارنة والتحكم، وتستهدف التدخلات عادة هذه الشذوذات المعرفية ولكن تخاطب أيضاً المهارات الاجتماعية العامة بين الأشخاص مع التأكيد الخاص على إبطاء ردود الأفعال الذاتية والمباشرة للمواقف الاستفزازية للسماح بمزيد من الإسهاب والتأمل حول الاستجابات المناسبة، وقد أوضحت التجارب اختزالات هامة في السلوك العدواني باستخدام طرق المهارات الاجتماعية، وعند المتابعة لمدة سنة إلى ثلاث سنوات وجد أن التأثيرات في الأطفال قبل البلوغ يتم تعزيزها بإضافة برامج تدريب الوالدين، ومع ذلك فإن المداخل المعرفية تفشل في أن يكون لها أي تأثير في مواقف الحياة الحقيقية، فالمراهقون العدوانيون قد يتعلمون أن يتوقفوا أو يهدأوا أو يختاروا تسوية المشكلة بالمفاوضات لنزاع فرضي. لكن الملاحظة المباشرة خلال المقابلات مع الأقران والتقارير الذاتية لعدد من الصراعات تميل إلى عدم إظهار أي تأثير، وربما تكون الإثارة الفسيولوجية السريعة التي توجد في الشباب المعادي للمجتمع في المواقف ذات التحدي تقضي إلى استجابة عدوانية تُلغي وتُبطل عمليات التفكر المتعلمة في المواقف الهادئة.

اضطراب فرط النشاط المصحوب بنقص الانتباه [(Attention deficit hyperactivity disorder)(ADHD)]:

إن الأطفال المصابين بذلك لهم فترات انتباه قصيرة وصعوبة في كبح الاستجابات الفورية وغير الملائمة للحوافز بالأحرى من التوقف، وتقييم أفضل مسار للتصرف. إن العلاج المعرفي يجب أن نظرياً، وأن يكون ملائماً لمواجهة هذا النوع من الصعوبات وبرامج التعليمات الذاتية التي تحاول أن تُبطئ العمليات

المعرفية للسماح بفحص مسارات عمل بديلة لم تكن مع ذلك فعالة، إنه كما لو كانت الطبيعة نفسها للمشكلة تعني أن القدرة على تفعيل المدخل المختلف لمعالجة المعلومات يكون غير موجوداً وأن البرامج السلوكية المتحكمة في الظروف الطارئة الفورية أكثر فاعلية، ولكنها أقل كذلك من المعالجة الطبية وبقدر تأثير أقل عما هو الحال في سلوك الأطفال المضطربين بهذا الاعتدال.

برامج مهارات لحل المشكلة الاجتماعية
(Social Problem- Solving Skills Programmes):

قام «جورج اسبيفال» و«ميرنا شور» في أمريكا بتطوير برنامج تدخل أكثر شمولاً، ويدعى حل المشكلة الإدراكية بين الأشخاص [Interpersonal cognitive prolem solving(ICPS)].

وقد أظهرت الدراسات العديدة أن مجموعات كبيرة من الأطفال والمراهقين تنقصهم المهارات في التعامل بين الأشخاص وخاصة الأطفال العدوانيين والأطفال المنبوذين والمعزولين والذين لهم أصدقاء قليلون، وبعض المكتئبين. والبرنامج يركز على ثلاث عمليات معرفية أساسية ظهر أن بها خللاً.

(1) إيجاد البدائل. القدرة على أن تأتي بعدة حلول مختلفة لموقف أو مشكلة .

(2) تفكير تبعي. القدرة على أن ترى العواقب المباشرة وطويلة المدى لكل اتجاه عمل مقترح، ودمج ذلك في الوصول إلى قرار حول أفضل استجابة.

(3) تفكير الوسائل ـ النتائج. القدرة على وضع هدف خطة عمل عن المحتوى للوصول على هدف، وبالتالي يمكن ابتداع طرق تتجاوز العوائق لو فشلت الخطة الأساسية.

ويمكن استخدام مجموعة من الطرق لتعزيز هذه المهارات بما فيها العمليات الجماعية والفردية والألعاب، مثل تقنيات المناقشة وتفاعل المجموعات التي يمكن تطبيقها حتى عند مستوى الحضانة على سبيل المثال، فإن الكلمات «أو ـ مختلف» يتم تعليمها لمساعدة الأطفال للتفكير في طرق بديلة لمواجهة المواقف وحلها مثلاً

«يمكن أن أضربه أو أخبره أنني زعلان »، فالضرب مختلف عن الإبلاغ، وبنشوء هذه البرامج أصبح من الواضح أن عدداً من المهارات الأساسية في إدراك الحالات العقلية للآخرين تحتاج إلى أن تتطور في أطفال كثيرين ومنها:

1 ـ *الوعي العاطفي*. أن تكون حساساً لمشاعر ورغبات الآخرين، فبعض الأطفال قد لا يكونون مدركين لمشاعرهم الأساسية الخاصة، وبتطوير ذلك يمكن تعليمهم أن كل إنسان لا يشعر بنفس الطريقة تجاه الأشياء، وأن الأطفال قد يشعرون بشكل مختلف في أوقات مختلفة «يمكن أن أسألهم فيما بعد عندما يشعرون بشكل أفضل».

2 ـ *جمع المعلومات الاجتماعية*. يتم الاشتراك في الألعاب لتطوير مهارات في مواقف القراءة والاستماع بحثاً عن مفاتيح وسؤال الآخرين ماذا يقصدون.

3 ـ *فهم الدوافع*. يتم تعليم الأطفال بتجاوز سلوك شخص ما للتفكير في لماذا يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة؟، وتوليد حلول مناسبة لهذه الدوافع.

وبتطوير هذه المهارات تسير معظم البرامج لتطبيقها مبدئياً في مواقف فرضية ثم بعد ذلك في مواقف حقيقية، وأن الخطوات المعرفية قد تلقن الطفل مثلاً [يتم تشجيعه على العد على الأصابع وهو يسير خلال تتابع «توقف ـ فكر ـ افعل ـ راجع» في توليد وتنفيذ الحلول].

فإن دراسات النتائج تُظهِر تأثيرات قوية في المواقف الفرضية لكن النتائج أكثر امتزاجاً في مواقف الحياة الواقعية، ويتم تعزيز هذه البرامج لو تم تعليم الكبار أيضاً، وبذلك يمكن تعزيز ذلك في ذات اللحظة وشدتها.وتحت هذه الظروف فإن النتائج قصيرة الأجل جيدة لكن المتابعات طويلة الأجل لم تتم بعد.

العلاج النفسي بين الأشخاص [(Interpersonal Psychotherapy)(IPT)]:

تم تطوير هذا النمط العلاجى لعلاج الاكتئاب بواسطة «جيرالد كليرمان» و«ميرنا وايزمان» في نيويورك وعدل بخاصة للاستعمال مع المراهقين إن (IPT) هو علاج نفسي قصير محدود الزمن يقوم على أساس أن الاكتئاب يحدث في سياق

العلاقات بين الأشخاص، والهدفان الأساسيان هما تحديد هوية وعلاج الأعراض الاكتئابية للمريض، ومناطق المشكلة المصحوبة ببدء الاكتئاب ويتم مراجعة خمس مناطق خاصة، ويتم العمل على واحد أو اثنين منها. نجد أربعة هم أنفسهم كما في العلاج النفسي للبالغين: الحزن، النزاعات بين الأشخاص، المرحلة الانتقالية الدور، والعجز بين الأشخاص، وتم إضافة منطقة خامسة وهي الأسر وحيدة الأب أو الأم بسبب حدوثها الشائع والنزاعات التي تولدها للمراهقين والتأكيد يكون على مناقشة العلاقات الآتية وليس تلك التي في الماضي، وهناك ثلاثة أطوار للعلاج، في الطور المبدئي: يتم شرح الاكتئاب كاعتلال إكلينيكي، ويتم بذل الجهد لإزالة غموض الخبرة ويشجع المراهق على التفكير في نفسه أو نفسها كما في العلاج ويعين له دور المريض. وبرغم ذلك فإن المراهق يشجع على ألا يتجنب التوقعات الاجتماعية العادية، ولكن ليرى الأصدقاء ويحضر المدرسة إلى ويتصرف في الأسرة بشكل طبيعي ويلتقي الطبيب بالآباء، ويتم تشجيعهم على أن يكونوا داعمين وليسوا عدوانيين أو كثيري النقد، وبزيادة الاقتراب من المدرسة بتفهم تأثير الاكتئاب على السلوك والأداء المدرسي. أما في الطور الأوسط فإن البؤرة تتركز على منطقة المشكلة أو المشكلات المختارة:

1 ـ ***الأسى:*** لا يعتبر مشكلة إلا إذا طال أو أصبح غير طبيعي، ويساعد المعالج المراهق في مناقشة مشكلة فقد أحد الأحبة وتحديد والتعايش مع المشاعر المصاحبة، وبينما يبدأ المريض فى الحزن بشكل مناسب وتتبدد الأعراض فيجب حينئذ فهم الفقد وقبوله بشكل أفضل ويكون المريض حراً في متابعة علاقات جديدة.

2 ـ ***دور النزاعات بين الأشخاص:*** يحدث حينما يكون لأحد الأطراف توقعات مختلفة عن الآخر حول العلاقة، ويساعد المعالج الشخص الصغير في النقاش. وإجراء اختيارات حول المفاوضات لإعادة تقييم التوقعات للعلاقة وتوضيح الأدوار وتعديل أنماط الاتصال للتمكن من حل النزاع ويمكن إحضار الآباء لتسهيل المفاوضات لو كانوا طرف في هذا النقاش.

3 ـ ***انتقالات الدور:*** تحدث عندما يحتاج المراهقون للتفاوض في مسائل البلوغ والتعامل مع الرغبات الجنسية والرغبة في علاقات حميمة والانفصال عن الآباء

والأسرة وبلوغ النجاح في تخطيط العمل أو التعليم الإضافي وقد تكون هناك مشاعر بالفقد حول ترك الأدوار القديمة أو الخوف أو عدم الكفاية بشأن مقدرتهم على اتخاذ أدوار جديدة ويهدف المعالج لمساعدة الشخص الصغير على الانسجام مع هذه المشاعر ومناقشة المستقبل الجديد.

4 ـ ***القصور بين الأشخاص:*** يتضح عندما يظهر الشخص أنه مفتقد المهارات الاجتماعية لترسيخ واستمرار العلاقات المناسبة داخل وخارج الأسرة، وكنتيجة لذلك، فإن المراهق قد ينعزل اجتماعياً أو ينقصه الأصدقاء الحميمين، والذي يؤدي بدوره إلى مشاعر الاكتئاب وعدم الكفاية، ويقوم المعالج بمراجعة علاقات الماضي الهامة ويحدد طرق السلوك المتكررة أو غير المناسبة، ويتم تحديد ومناقشة استراتيجيات جديدة، ويشجع الصغير على تطبيق ذلك على المسائل الحالية وقد يستخدم الدور لتحديد هوية المواقف الإشكالية والسلوكيات الجديدة بين الأشخاص، وعلى سبيل المثال يتعلم كيف يصنع الأصدقاء والممارسة داخل الجلسة، وبزيارات صغيرة في البيت يولد حس الكفاءة الاجتماعية في الصغير والذي يتعمم بدوره في المواقف الأخرى.

5 ـ ***الأسر وحيدة الأب أو وحيدة الأم:*** قد تنشأ عن الطلاق، أو الانفصال، أو سجن أحد الأبوين، أو غياب أحد الوالدين من البداية، أو موت أحد الوالدين بالمرض الطبي أو العنف وكل من هذه المواقف يمثل نزاعات عاطفية فريدة للمراهق وللأب أو الأم أو ولي الأمر، ويهدف العلاج لمساعدة الصغير على التجانس مع الموقف الجاري، ومناقشة التكييف المناسب وهناك غالباً حاجة للأسى على فقد الموقف السابق.

في الطور النهائي يتم مراجعة التقدم الذي تم في الحالة المرضية غالباً مع وجود أفراد الأسرة الآخرين، وتقدم الأعراض والنزاعات الأربعة المتمثلة لأعراض خاصة بسلسلة الأحداث الاكتئابية وتلك الأعراض الثانوية لها، ومناطق النزاع الهامة التي تمثل أسلوب الشخصية، وتلك المناطق من النزاع المشكلة لجزء من العملية التطورية، وسوف يكون المراهق قد وجه المشاعر المتعلقة بانتهاء الاتصال مع المعالج ويتوقع زيادة طفيفة في المشاعر الاكتئابية التي تعقب الانتهاء. وإن تجارب

(IPT) تقترح أن هذا الأسلوب فعال في علاج الاكتئاب في المراهقين، كما في البالغين وله تأثير على الأقل يعادل مقدار العلاج المعرفي السلوكي.

الاستشارات الفردية والعلاج النفسي (Individual Counselling and Psychotherapy):

هناك مستويات مختلفة من التواصل الكمي في الدعم والاستشارة في طرف والعلاج النفسي الديناميكي في طرف آخر.

- *الدعم والاستشارة* وهذا يشمل تحرير المشكلات من أعبائها لمستمع متعاطف والتنفيس عن المشاعر ضمن علاقة داعمة، ومناقشة المشكلات الجارية مع مساعد غير نقدي وقد تعطي النصيحة، والهدف الرئيسي هو تخفيف الأعراض وحفظ الوضع الراهن قبل الوصول إلى الصعوبة ثم الانسحام مع الحدث.

- *المستويات الوسطى من العلاج النفسي:* إن العلاج النفسي بين الأشخاص (IPT) كما وُصف سابقاً هو مثال لذلك.

- *العلاج النفسي الديناميكي:* وهنا يتم تعزيز علاقة ممتدة عميقة بين الأشخاص ومن خلالها يتم كشف وتحليل كل من العمليات داخل وخارج الأشخاص. ويمكن أن نستعيد الخبرات المؤلمة المبكرة ونسمح باستكشاف الصراعات التي تسبب الأعراض ونستعيد البصيرة. ويتم التعامل مع الصراعات، وحلها بدون آليات دفاعية معوقة. لا تعطي نصائح؛ الغرض هو أكثر من مجرد التخلص من الأعراض. إن الغرض هو التكامل والتغير في الشخصية كي تعمل باتجاه أكثر تكاملاً ونضجاً. يعود الاهتمام بالتحليل النفسي لأعراض الأطفال إلى (سيجموند فرويد) الذي وصف حالة الخوف عند الصبي (هانز) في 1909، وفي 1920 توسعت ابنته (آنا فروي) في التحليل النفسي للأطفال كما فعلت (وبلان كلين) في الثلاثينيات. ومؤخراً شرحت (فرجينيا أكسلين) العلاج باللعب بطريقة أكثر تنظيماً. أثناء الجلسات يمكن أن ينقل المعالج للطفل تفسيره لردود أفعاله وتلخيصه لما يراه وليس فقط تعليقاته على المادة التي يأتي بها الطفل ولكن أيضاً أسلوب العلاقة المباشر كما يظهر أثناء الجلسة.

أهم الموضوعات في العلاج الفردي على كل المستويات هو نوعية العلاقة بين المعالج والمريض، وأجري عدد من الدراسات على الكبار تُظهِر أنه بصرف النظر عن نوع العلاج المقدم فإن أهم المحددات لنتيجة العلاج هو دفء وتعاطف المعالج. واحدة من الطرق التي تظهر بها هذه الحاجة، هي أن تعطي نفس العلاج (على قدر الإمكان) عن طريق شخص آخر أو عن طريق مرشد مدرب. في مجال تدريب الأبوين لعلاج الاضطراب السلوكي عند الطفل وتُظهِر الدراسات أن هذه المداخل ذات فعالية حقيقية، ولكنها أقل تأثيراً عندما تتم بواسطة المعالج شخصياً.

في طب نفس الأطفال يقوم الوالدان بكثير من الجهد ويعتبر الدعم والاستشارات هي واحدة من بعض ما يقوم به المعالجون بغض النظر عن شكوى الطفل. وقد تعتبر مكوناً كبيراً في مساعدة الآباء على التعرف على تشخيص مثل صعوبات التعلم المعممة، أو على التعامل مع الاكتئاب عند الأطفال. الدراسات التي أُجريت على الإرشادات في هذه المواقف توحي بأن الآباء يرون أن الموقف الظاهر من المعالج حيالهم يُعتبر موقفاً مركزياً (إنه يحبني. إنه يحب ابني) ويبحثون عن مناخ غير رسمي لكي يطرحوا تساؤلاتهم.

العمل المباشر مع الأطفال والمراهقين يختلف من عدة أوجه عن العمل مع الكبار. أولاً يمكن أن يرفض الطفل أن يراه المعالج بمفرده، وغالباً ما لا نطلب منهم الموافقة على العلاج. ثانياً.. طريقة العمل مع الصغار لا تعتمد على الحديث في البداية، وتركز بالأحرى على الرسم واللعب كي يكتسب البصيرة. ثالثاً.. حتى عندما يساعد العلاج الأطفال على أن يتعرفوا على المواقف الصعبة ويقدم لهم الفرص لأن ينضموا ويتغيروا، فإن الأطفال ليست لديهم القدرة على التحكم في مصيرهم كما هو الحال عند الكبار، لهذا فمن الممكن أن يستمر تعرضهم لمؤثرات ضارة ومدمرة. على سبيل المثال: العقاب الشديد والإهمال من قبل الأسرة، أو الأم المدمنة للكحوليات، في هذه الظروف فإنه من المهم أن تحاول بقدر الإمكان أن تحسن من الظروف المحيطة وربما يكون من غير الأخلاقي أن تستمر في العلاج دون أن تتعامل مع الظروف المناوئة.

ما سبق يُعتبر تقييماً دقيقاً للعلاج النفسي الديناميكي، ولكنه من الصعب أن نحدد مدى كفاءته في الوقت الحاضر.

الفصل السابع والثلاثون

العلاجات الأسرية والمجموعية

Systemic and Family Therapies

الخلفية السابقة (Background):

كتب دون (Donne) هذه المقولة «لا يوجد رجل معزول كالجزيرة»، ويؤمن العلاج الأسري بهذا المفهوم، بينما يركز العلاج الديناميكي النفسي والتحليل النفسي الحيوي على العمليات العقلية الداخلية، وباثولوجيا الشخص كأساس لكل المشكلات. ويصعد العلاج النفسي من فكرة أن النظام العائلي له تأثير قوي على كل الأفراد ويمكن لحالات عدم الاتزان النظامي في الأسرة أن يظهر كمشكلات يعاني منها المريض، والتي تظهر كتعبير عن تعثر وظيفة الأسرة، أو حالة عدم الاتزان فيها. ويتأثر الأطفال خاصة، بهذه العمليات حيث إن معظم حياتهم يتركز ضمن السياق العائلي. وقد اعترفت تطورات كثيرة حديثة في علاج الأسرة بهذا التأثير الخاص بنظم عقيدة الأسرة والاتجاهات السائدة في المناخ الثقافي والاجتماعي الحالي. وتتأثر طريقة الناس في العمل بفكرة ما يجب أن يكونوا عليه. أما الجنس والعرق وتوقع الأدوار فكلها تؤثر في معتقدات الناس وسلوكهم تؤدي مجموعة من الخبرات الشخصية والعامة دورها، والذي يمتد من طلبات الآباء إلى إعلانات التلفاز، وبسبب ذلك الوعي والاعتماد المتبادل على المجتمع الخارجي ونظمه، فإن بعض أطباء الأسرة يفضلون تسمية أنفسهم «بالمعالجين النظاميين». وتطورت زمرة من المناهج لاستخدام هذه المبادئ علاجياً وبدأت نظم الأسرة في التطور منذ أواخر الخمسينيات والستينيات إذ طوعت لتفسير السلوك البشري القائم على «السببية الخطية» والتي تركز على أفعال الأفراد، ومحتوى ما يقولونه ويفعلونه. وكبديل ما، أدخل «جريجورى باتيون» (Gregory Bateson) المتخصص في علم الأنثروبولوجيا

إلى عالم الإنسان أفكاراً من «علم التواصل والتحكم الآلي» في علاج الأسرة إذ اقترح أن الأدوار المتبادلة تكون في العمل، وكذلك يحتاج المرء للنظر إلى عملية التأثير وليس المحتوى، وهذا سيكشف الاعتماد المتبادل لكل فرد في الأسرة على الآخر. فحادث واحد لا يفضي إلى حادث مفرد آخر، والتغيير في فرد واحد يؤثر على كل الأفراد الآخرين بطرق مختلفة، فالتفاعل يحدث بمجرد أن يتأثر الشخص الأول، وهكذا. ويكشف الفحص أن العملية «سببية دائرية»، ويمكن لنظرية النظم والتفكير أن تُستخدما معاً، وبنفس الدرجة، خارج نطاق الأسرة لتكوين العلاقات بين الأسرة وبين شبكات أوسع من العلاقات، وأعم مثل الأقارب الآخرين، والأصدقاء، والمدرسة، والخدمة الاجتماعية.

مثال (Example)

- ***السببية الخطية:*** الأم المكتئبة قد أنجبت ابن معتمد عليها، فقد فشلت في دفعه لمغادرة المنزل للعمل، وابنتها لا يمكن السيطرة عليها نتيجة عدم مراقبتها مراقبة كافية.

- ***السببية الدائرية:*** الأم التعيسة أصبحت كذلك بسبب أن زوجها يبقى في العمل معظم الوقت ثم تتحول لتصاحب ابنها البالغ 18 سنة تاركة، وبذلك تستبعد ابنتها في عمر 15 سنة. ويشعر الابن بوحدتها ويبقى في المنزل ليكون معها، وهكذا يؤجل مغادرة البيت والذهاب للجامعة، ويصبح منزوي بشكل زائد. وتلوم الأم الأب لكونه بعيداً كثيراً جداً ومحجماً عن العلاقات الجنسية، ومن ثم تصبح الأم مكتئبة. وتفضي البرودة بين الوالدين إلى دفع الابنة للدخول في سلسلة من العلاقات تسعى فيها للارتياح والدفء الغائب عن المنزل ولا تجده أبداً.

- ***التضمين:*** يتحدد السلوك بالسياق التفاعلي الموجود فيه، وبالصراعات العاطفية أو الداخلية لأي فرد. والفشل لإدراك ذلك يفسد الفرص المتعلقة بتحسين وظائف ذلك الفرد، بل يصيبها بالمرض بشكل غير ضروري.

مصطلحات تُستخدم في العلاج الأسري
(Terms used in family therapy):

- ***نظام العائلة:*** هو كيان يؤثر فيه الأعضاء المشاركون في بعضهم البعض، وتتأسس العلاقات بواسطة قواعد العائلة.

- ***النظام الفرعي:*** مثل النظام الثنائي بين الزوج والزوجة، والأم وطفلها، والأب وطفله، والآباء والأبناء، الذكور والإناث.

- ***قواعد الأسرة:*** تنظم وتثبت كيف تعمل الأسرة كوحدة ما، ويبقى الكثير منها سرّي، وأحد هذه القواعد. «إن اشتكيت للأم فإن ذلك يرفع ضغط دمها»؛ أو أن يُقال إننا لا نناقش مسألة المال»، «لا يظهر الأولاد أي مشاعر»، وقد تتبع الأسر المختلة وظيفياً، قواعد غير صحيحة، ويجب مساعدتهم ليكونوا أكثر وعياً من خلال العلاج لاستبدال هذه القواعد بأخرى أكثر نفعاً.

- ***الاستتباب (الاتزان النفسي):*** أُدخل هذا المصطلح لوظائف الأسرة، وقد تم اشتقاقه من علم وظائف الأعضاء إذ يدل على أن هناك معتقدات وآليات سلوكية تُبقي العلاقة محكومة ضمن مدى ضيق نسبياً، فمثلاً قد يثيرسوء سلوك الابن تهديداً لسلطة الأب ويمثل تهديداً مضاداً لإدخال الابن/ البنت في الصف، والذي بدوره سيفضي إلى إجراء الطفل لتعديلات طفيفة في سلوكه أو سلوكها وهكذا . وإن الشفرات لأحداث هذه الحلقة من التغذية الراجعة قد تكون دقيقة جداً وخاصة. وفي وقت الانتقال الراجع إلى ظروف متغيرة أو تعديلات في دورة حياة العائلة فإن هذه الاستجابات الاتزانية قد تفشل وتخرج عن طور التحكم.

وإن الأنماط العقيمة وغير الفعالة قد تصبح متكررة إلى ما لا نهاية، وأن إدراك ذلك قد يساعد الأسر على تطوير أنماط جديدة، وصحية من الاتصال والسلوك.

- ***إطار دورة حياة الأسرة:*** هذا طريق أبعد وإضافي حيث يأخذ العلاج الأسري في

اعتباره القوى الخارجية المؤثرة في الأسرة ورفاهية الفرد. فهناك مهام تطورية تتطلب التفوق والتمكن في كل مرحلة. وإن الفشل في التكيف مع هذه التغيرات وإدخال التعديلات الضرورية قد يفضي إلى الإجهاد أو سوء وظيفة النظام العائلي والمشكلات كما قد تؤدي لحدوث أعراض في عضو واحد أو في كل أعضاء العائلة. والمفاوضات الناجحة للتكيف قد تتطلب *تغييرات من الدرجة الأولى* «تعرف على أنها ضمن النظام لا تؤثر علي بنيانه» *«أو تغييرات من الدرجة الثانية»*، والتي «تتطلب تغييراً جذرياً في وظيفة وبنيان النظام»، وبعض من مراحل دورة الحياة نجدها في الشكل (37-1) ويلاحظ أن التغييرات الشخصية والاقتصادية الاجتماعية والثقافية في حاجة لوضعها في الحسبان بنفس الكيفية التي يؤثر بها الانفصال مثل الطلاق والبطالة والأمراض الوخيمة.. إلخ.

المرحلة	الوظائف و المهام
1 ـ ترك المنزل	1 ـ يعمل علي تطويرالهوية الاستقلالية عن العائلة. 2 ـ تشكيل علاقات حميمة مع الأقران. 3 ـ اكتساب العمل والاستقلال المالي.
2 ـ المعايشة	1 ـ تشكيل نظام الزواج. 2 ـ إعادة تنظيم العلاقات مع الأسرة الجديدة والأصدقاء.
3 ـ تكوين الأسرة و بداخلها الأطفال الصغار	1 ـ ضبط نظام الزواج لإتاحة المساحة للأولاد. 2 ـ الاشتراك في تربية الطفل والمهام المالية والمنزلية . 3 ـ إعادة تنظيم الأسرة الجديدة لدمج أدوار الآباء وأدوار الجدود.
4 ـ تكوين الأسرة و المراهقون	1 ـ ضبط العلاقات ليتمكن المراهق من الدخول والخروج من النظام. 2 ـ إعادة التركيز على أمور المستقبل المهني والزواج. 3 ـ بدء الرعاية المشتركة للأجيال الأكبر سناً.
5 ـ الأطفال التاركون للمنزل	1 ـ إعادة التفاوض في نظام الزواج كثنائي. 2 ـ تطوير العلاقات بين البالغين والأولاد الكبار. 3 ـ ادخال الأجدادوعلاقات النسب والأحفاد لداخل النظام. 4 ـ التعامل مع العجز أو وفاة أحد الوالدين.
6 ـ أواخر العمر	1 ـ ضبط وظائف الثنائي الزوجي في وجه التدهور الفسيولوجى والمالي وأدوار العمل. 2 ـ التعامل مع فقد الزوج أو الزوجة والأولاد والأصدقاء. 3 ـ قبول المساعدة من الأولاد أو من الهيئات الخارجية.

الشكل رقم (37-1): يوضح مراحل دورة الحياة

بعض الممارسات العملية الشائعة المتبعة في معظم العلاجات الأسرية

(Some working practices common to most types of family therapy):

- ***مقابلة أكبر عدد من أعضاء الأسرة بشكل تطبيقي*** ويوصى بذلك لتقييم أنماط الاتصال ومجريات العلاقات البينية هو محور الاهتمام: وعليه فإن الفشل في رؤية كل الأعضاء على الأقل مرة واحدة قد يفضي إلى استنتاجات خاطئة أو نقص تقدير التأثيرات الهامة، ويعمل حالياً أخصائي علاج الأسرة مع أي شخص يمكن أن يأتي ولكن يدرك أهمية النظام العائلي، وبذلك فمن الممكن العمل بطريقة نظامية مع شخص واحد فقط.

- ***رسم المخطط الوراثي للعائلة (شجرة العائلة).*** وهذا يمكن كل أعضاء الأسرة من إدراك اهمية دورهم بما فيهم الجدود والخالات والأعمام وحتى الراحلين منهم, وقد تنكشف الأنماط بين الأجيال وتأتي قصص وتوقعات الأسرة إلى النور «أنه منبوذ في هذه العائلة»، «أنا بنت بابا الوحيدة»، «كل الرجال في عائلتنا يموتون مبكراً، أو يدمنون الكحوليات».

- ***استخدام الزملاء لملاحظة سير عملية العلاج.*** إذ قد يتم ذلك خلال مرآه أحادية الاتجاه، ويتلقى المعالج حينئذ تغذية راجعة عما يحدث في العائلة واقتراحات التدخلات والتي تعطى خلال إنصات الأذن السريع أو بالتليفون أو أخذ استراحة للحديث معهم.

نوعيات العلاج الأسري:

توجد تنويعات علاجية كثيرة نشأت عبر الزمن بين بعضهم البعض وأثر كل منها على الآخر، فالكيانات البنائية توضح بناء الأسرة بلغة من يمسك السلطة، وما هي أنماط الاتصال ويهدف العلاج لتصحيح أي تشوهات في هذا البناء من خلال

حوارات تطبيقية. أماالعلاج الاستراتيجي فيقوم على الاستفادة من الاستراتيجيات الجديدة لمعاونة العائلات في إيجاد طريقاً جديداً للخروج من دوائر السلوك المتأصلة والسلبية دون وصف بناء «صحيح»، أما «العلاج النظامي» فيستخدم أسلوب الأسئلة ليكشف لأعضاء الأسرة عن القوى والاعتقادات التي تحدد سلوكهم نحو بعضهم البعض وتمكنهم من تغييرها إذا لم يقتنعوا بما يكشف لهم. وإن الذي يركز على إيجاد العلاج والحلول «فيعمل على تحديد طبيعة الأحداث الخارجية والسياقات التي تعمل عندما تكون المشكلة غير موجودة أو في طور التعبير عنها، ويحاول هذا النظام العلاجي أن يعمل مع الأسرة لتغيير الظروف السائدة». أما «العلاج النظامي البنائي الاجتماعي» و«العلاج بالقصص فيقوم على نشر أفكار عامة سائدة بأنه لا يوجد حقيقة موضوعية، بل بالأحرى الكل يكون مترجماً ومفسراً» وتعرض هذه المفاهيم الفرصة لإعادة بناء الأحداث أو قص قصة شخصية بطريقة تفضي إلى تغييرات مفيدة في العائلة والوظائف الشخصية، فمثلاً الحكاية السائدة للبنت التي عانت كضحية لخلاف بين الأبوين يمكن أن يرد ذكرها من جديد كإحياء بطولي للأوقات العصيبة ، فعلى الرغم من سوء الظروف، إلا أنها قد أنجزت عدد من النجاحات الباهرة قد تؤهلها لبسط جناحيها لتحلق في السماء كفتاة بالغة شابة وناجحة.

وبصرف النظر عن نوع العلاج الأسري فهو يعرض كطريقة مختلفة للتفكير في الصعوبات الشخصية فقبل التفكير في علاج الأنظمة كانت النماذج السائدة الطبية، أو النفسية الديناميكية تميل إلى تحديد المرض في الشخص نفسه؛ مما يجعل السبب خارج نطاق التحكم الواعي أو سيطرة المريض، ومن ثم كان العلاج يركز على الشخص المريض لتغيير العملية الباثولوجية، أما بتغيير العمليات العقلية من خلال العلاج النفساني، أو بتغيير العمليات الكيميائية باستخدام العقاقير.

ومن منتصف الستينيات لمنتصف الثمانينيات فإن التفكير في العلاج بالنظم والتطورات الأخرى في هذا الصدد أفضت إلى طريقة في التفكير ركزت على أن سلوك الناس يتأثر بشدة بتفاعلاتهم واتصالاتهم بمن حولهم، وأن علم نفس السلوك قد وصف بالفعل ليحدد نمط المثير واستجابة سلوك الشخص. لكن معالجي النظم

العائلية ركزوا على مجموعة معقدة من المحددات البيئية إذ نظروا للشخص على أنه سليم ومعافى أساساً، ولكنه لن يؤدي وظائفه بشكل غير جيد لأنه كان يستجيب لمطالب غير منطقية فرضتها عليه النظم الخارجية.

ويمكن لأي شخص أن يستجيب بشكل منطقي بهذه الطريقة في هذه الظروف. وبذلك يحاول المعالج أن يغير من تأثيرات العائلة على المريض وقد غير علاج الخصائص الشخصية، ومشكلات المريض وُنِّفذ العلاج في المكان والزمان على المشكلات الحالية ولم يشغل نفسه بأصل الصعوبات الماضية، أو بالسلوك الذي يعتقد المعالج أنه مشكلة وليس المريض، وكانت البؤرة هي تغيير الظروف الطارئة الخارجية بالأحرى كأحد العوامل الواضحة، وقد أعلن العقد الماضي عن تقدم أكبر في التفكير في حل المشكلات الشخصية إذ اخذ في حسبانه الخلفية الثقافية الواسعة لحياة الناس وركز على ما يستطيع الناس أن يفعلوه بالأحرى بدلاً، مما لا يستطيعونه وأكد على أن العمليات الواعية البسيطة تشكل حس الشخص بالهوية الذاتية، وساعد الناس على بناء قصة حول أنفسهم يتعين احترامها والعمل معها وذلك باستخدام اللغة الشخصية للفرد بدلاً من فرض لغة عامية مهنية ويبصر الشخص بامتلاكه لقوى كثيرة في حاجة إلى التعبئة والحشد للصراع مع الصعوبات الخارجية، كما يركز المعالج على مساعدة الأشخاص على نشر الكثير من الاستراتيجيات الفعالة التي هي جزء من مخزونهم الفعلي، وقد يؤدي ذلك بمساعدة الشخص نفسه إلى الوعي بالسياق الذي يعيش فيه وزيادة قدرته على إعادة كتابة قصة جديدة أكثر إيجابية يعيشون في ظلها حياتهم.

وهناك مداخل أخرى للعمل مع العائلات التي تعاني من تعقد العلاقات البينية الأوسع انتشاراً، والتي تتطور أساساً من نظرية نظم السيطرة على الذات (Cybernetic)، وهذه تشمل علاج أسري ديناميكي نفساني وعلاج أسري سلوكي وكان الأخير مؤكد النجاح في تحسين نتائج علاج المصابين بالفصام بتقليل عدد التعليقات النقدية من أقرب الأقرباء. وفي الطفولة يتم تدريب الآباء على أساس سلوكي فعال في تحسين مشكلات السلوك.

علاج الأسرة البنائي (Structural Family Therapy):

طور (سلفادور مينيوتشن) (Salvador Minuchin)، مدخله في الستينيات

للعمل مع الأقليات العرقية المحرومة في الولايات المتحدة الأمريكية، وكرس عمله للحاضر فقط، ويعمل هنا والآن، وبذلك فلا يناقش التاريخ الماضي أو منشأ علاقات سوء الوظيفة إذ يحدث التغيير من خلال تطوير التصرف، وليس عن طريق اكتساب البصيرة. والمشكلات التي يتم مخاطبتها وتداولها تكون في عالم اليوم الحالي وليست الصراعات الداخلية الماضية غير المحلولة. أنه يقوم على نموذج الأسرة المعيارية التي تعمل جيداً والتي يوجد فيها حدود واضحة وصريحة في العلاقات وهذا حقيقي في:

(1) النظام الفرعي الزواجي ـ حماية خصوصية أحد الأزواج.

(2) النظام الفرعي للأقارب ـ منظمة ذات تسلسل هرمي تكون فيها المزايا المختلفة متسقة مع عمر وجنس الأقارب كما يتحدد بثقافة العائلة.

(3) الحدود حول الأسرة النواة وهي واضحة المعالم جداً أثناء إدراك الاختلافات الثقافية العظمى.

إنه مبدأ جوهري فالعرض هو نتاج نظام العائلة مختل الوظيفة، وأنه لو تم تنظيم العائلة لتصبح أكثر سوية وطبيعية وظيفياً، فإن العرض سيختفي، فالأعراض ليست خاصة بالبنيان الأسري ولكنها نابعة من النظام السيء.

المصطلحات (Terms):

- ***التسلسل الهرمي:*** هو التأثير النسبي لكل عضو من الأسرة على نتاج نشاط ما وهذا في حاجة إلى التعريف بالنسبة للظروف الخاصة حيث أنه ليس مفهوماً دائماً، أو ثابتاً فمثلاً يمارس الآباء المسؤولية والسلطة والطفل الذي يتخذ دور أحد الوالدين في العائلة هو مثال للشذوذ أو سوء الوظيفة .

- ***الحدود:*** هو الخط غير المرئي الذي يحدد النظام، والنظام الفرعي والشخص من البيئات المحيطة إذ يَنشأ من قواعد تحدد من يشارك في كل عملية وكيف تُنَّفذ؟ وماهي الأدوار التي يتخذها كل شخص نحو الآخرين خلال وظيفة أسرية خاصة، والحد يحفظ سلامة النظام «الفرعي»، بالتالي يستطيع الأعضاء أن ينفذوا مهامهم

دون تدخل الآخرين ولكن يجب أن يكون مرناً بما يكفي للسماح بالاعتماد المتبادل على الآخر، وعليه يمكن بناء هذه الحدود باستمرار على المدى بحيث تكون مرنة من جهة وصلبة من جهة أخرى:

- ***الوقوع في الخطأ:*** تنتج من الحدود غير المميزة أو المتناقضة أو المائعة، والأشخاص في هذه العلاقة معاقون لعدم قدرتهم على الاستقلال.
- ***الحدود الواضحة:*** تشجع على العلاقات الصحيحة.
- ***فك الارتباط:*** ينتج عن الحدود الصلبة وغير المرنة وهناك تفاعل أو اتصال محدود بين أعضاء الأسرة الواحدة

- ***الانحياز:*** يحدث خلال انضمام أو معارضة عضو واحد من النظام للآخر في تنفيذ عملية ما إذ قد يكون إيجابياً أو سلبياً والشكل الملاحظ قد يشمل على:
  - ***الائتلاف:*** لعضوين من الأسرة ضد ثالث، مثلاً الأب والابن ضد الأم ويختلف الائتلاف في مدى استقراره فمنها ما يقوم على الانحراف على سبيل المثال، يظهر الزوجان متفاهمين لأنهم يحولون مشكلتهم إلى الطفل.
  - ***التثليث:*** حيث يطلب كل والد أو والدة أن يكون الطفل حليفاً له في نزاعه مع الآخر.
  - ***التحالف:*** عندما يشارك اثنان اهتماماً لا يشاركهما فيه الشخص الثالث، وهذا بنيان داعم صحي وليس مؤذياً للآخرين.
- ***القوة:*** تشير إلى النفوذ النسبي
- ***التعرف على المريض:*** وهو الشخص المطلوب مساعدته على الرغم من أن سبب المشكلة يقبع في الأنماط المتفاعلة على مستوى العائلة، ويكون مؤثراً في كافة الأعضاء بطرق مختلفة، إلا أن مهمة العلاج تشتمل على كشف الطرق التي يتم بها استخدام الأسرة لأعراض المريض للحصول على دعم لها في أداء وظيفتها وكيف يتلاءمون جميعاً مع ما يحدث من قبل العائلة لدعم وظيفتها وكيف تناسب تصرفاتها وثقافتها.

أساليب التدخل (Intervention techniques):

يتوجب أن يكون المعالج نشطاً، ويعطي توجيهات ويتحدى أنماط التفاعل العائلي، ويكشف القواعد المقنعة، وهذا يتم من خلال التواصل مع النظام والتسوية العائلية بأسلوبها والشعور بطبيعتها، وسوف يعترف بالموقف المؤلم لكنه سيخلي الشخص من مسؤوليته، على سبيل المثال، «أنت صبياني جداً كيف يتسنى للآخرين إبقائك على ذلك؟» أنه سوف يعيد هيكلة العرض كجزء من البناء العائلي ويستخدم ويسخر قوة شخصيته، والتي ينبغي أن تكون فعالة ومتقمصة للدور للمساعدة في إحداث التغيير والقيام بهذه المهمة، وقد يحتاج العائلة لإلغاء توازن النظام بتعرية سوء الوظيفة وزعزعته لتشجيع خروج البنيان الأسلم والأصح إذ قد يجعل العائلة تعيد تمثيل المشكلة ليرى ماذا يحدث ويقدم بدائل على سبيل المثال: يقدم وجبة عائلية لو كانت الابنة فاقدة للشهية.

استراتيجية العلاج الأسري:

يستخدم المعلمون هنا مدى من الاستراتيجيات للتخلص من مجموعة من الأعراض الحالية وعلى خلاف المعالجين االفعليين فإن المعالجين الاستراتيجيين لا يهتمون بفرض بعض التراكيب المعيارية المحددة سلفاً على الأسرة، وهذا النمط من العمل ينشأ من مدخل تفاعلي حيث يرى كل اتصال باعتباره ناشئ في سياق الآخر وليس في عزلة وفي حالة الأطفال المتعاركين مثلاً من غير المناسب أن نسأل «من بدأ المعركة» لأن كل فريق سوف يقول إنه كان يتصرف كرد فعل ضد ما قام به الفريق الآخر، وبذلك فمن الضروري أن نأخذ ونتبنى النظام بأكمله كوحدة للدراسة.

السيد (جونز) هو مدرس رياضيات بينما السيدة زوجته هي ممرضة سابقة لها ثلاثة أطفال تعتني بهم (روبرت) 15 سنة ويعاني من آلام بالبطن، التي تسبب عجزه عن الذهاب للمدرسة بدون سبب عضوي، وقد فاتته الدراسة خلال الشهور الستة السابقة وابنته (جين) 15 سنة ليس لديها مشكلات ومتفوقة أكاديمياً وابنه ثالث هو (جون) 10 سنوات وهو لايطيع أمه ويرفض كل ما تأمره به وكثيراً ما يسبها.

وقد تبين من الأسئلة أن السيدة (جونز) تساعد (روبرت) في التغلب على آلام البطن

المتكررة إذ تجعله ينام في غرفة نوم الأبوين على سرير صغير بجوارهما، وأن الاضطرابات الليلية المتكررة جعلت السيد جونز يعاني من قلة النوم مما أثر على مقدرته على التدريس وجعله ينتقل إلى غرفة أخرى يقضي فيها معظم الليالي في تصحيح أوراق التلاميذ ويذهب للصيد ليقضي وحده عطلة نهاية الأسبوع وقد فسر (السيد جونز) أن مشكلات (روبرت) ترجع إلى ضعف بنيته ومما زاد الأمر سوءاً إصابته بالتهاب الزائدة الدودية منذ ثلاث سنوات.

لم تكن هذه الأسباب كافية لإقناع المعالج بتفسير مرض الطفل (روبرت) وقد لاحظ الطبيب المعالج أن السيد (جونز) و (جين) يجلسان معاً في أحد جوانب الغرفة وجون في المنتصف ثم السيدة (جونز) في الجانب الآخر حيث تجلس على مقربة من (روبرت) وتهمس في أذنه.

وبعد فترة تبينت له أن العلاقة بين السيد (جونز) وزوجته جامدة وأنهما منفصلان، بينما العلاقة بين (روبرت) وأمه قوية بلا حدود.

ولقد تدخل المعالج بحيث أشار على السيد جونز وزوجته أن يجلسان أحدهما بجوار الآخر بعيداً عن الأطفال وقد أعد خطوتين عمليتين لمساعدة روبرت علي العودة للمدرسة لمدة ساعة يومياً. بينما يجلس الأبناء الثلاثة في جانب آخر من الغرفة لتصميم خطة لأعداد وليمة لآبائهم. و قد تم تصميم هذه الندوات لتنشيط السلطة الأبوية وتقوية النظام الزوجي وعلاقة الأشقاء بعضهم ببعض.

ولقد أعطيت التعليمات للأبوين للذهاب لقضاء إحدى الأمسيات مرة في الأسبوع والاتفاق على تنفيذ مشترك لخطتهم لحمل (روبرت) على العودة للمدرسة، أما السيد (جونز) والذي لم يفعل أي شيء بالكاد حتى الآن «لروبرت» أُعطيت له التعليمات بأخذه للصيد معه فى أيام السبت.

وفي الجلسات التالية تم مواجهة ترتيبات النوم ومواجهة السيدة (جونز) بما يفعله (روبرت) والمعالج بذلك يعيد هيكلة سلوكه كشخص يبحث عن التعاطف ليتجنب الذهاب للمدرسة وليس مرضاً وتبدأ السيدة (جونز) في رؤية دورها في تنظيم سلوكها الخاص بالرعاية وتصبح غاضبة منه جداً.

ونتيجة لذلك تدفعه للنوم خارج غرفة النوم ويعود السيد (جونز) مرة أخرى على أن يثبت كلا الوالدين في برنامجهم بدون قبول الأعذار بشأن عدم الذهاب للمدرسة؛ مما أدى إلى توقف آلام البطن التي لم تكن محل مناقشة على الإطلاق خلال الجلسات التالية واختفت بالتدريج.

الشكل رقم (37-2): زيارة عائلة «جونز» بواسطة أخصائي علاج أسري بنائي

يذكر واتسالويك (Watzlawick) كل السلوك، يعتبر على أنه تواصل، كما أنه من المستحيل ألا تُسلك فمن المستحيل كذلك ألا تتواصل، وعلى سبيل المثال فالزوج الذي ينسحب وينزوي «ويرفض التواصل» مع زوجته هو في الحقيقة يتحدث كثيراً عن امتعاضه وغضبه ورفضه لها. إن التواصل المتناقض هو أمر محير يتمثل في الازدواجية حيث تكون «الرابطة الأولى» هي أن المحتوى والشكل للرسالة قد يناقض بعضها البعض و«الرابطة الثانية» هي الاتصال المختلف بحيث إنك غير مسموح لك أن تلاحظ التناقض على سبيل المثال عندما تقول الأم لابنتها: «كم هو جميل أن أراك»، بينما توجه لها حملقة باردة ونظرة جامدة.

إن النمط الحالي من الاتصال والسلوك يعتقد أنه يحتوي على المشكلة الحالية أما التاريخ ومنشأ المرض. فيُنظر لهما على أنهما غير مرتبطين بالمشكلة؛ وكنتيجة لذلك قديؤدي هذا إلى علاج متفائل جداً حيث يمكن أن يتم تجاوز سنين من المشاعر الحاقدة، والتفسيرات اليائسة للتركيز على ما يمكن أن يضع حلاً حالياً بشكل مختلف من الآن فصاعداً.

قام جي هالي (Jay Haley)، وزوجته كلومادانيز (Cloe Madanes) بتطوير العلاج الاستراتيجي وكتب «هالي» عدداً من الكتب المؤثرة مثل العلاج بحل المشكلات سنة (1976) وجادل بأن الأعراض ليست سلوكيات في غير متناول الشخص، ولكنها استراتيجية يتحكم بها في العلاقات من حوله عندما يفشل كل شيء آخر وذكر مثال عن امرأة أصرت أن يكون زوجها في البيت كل ليلة، وإلا ستعاني من نوبات هلع، وبهذه الطريقة ألقت اللوم على زوجها في عدم قدرتها على التحكم في نوبات الفزع. وهكذا تستخدم الأعراض للتحكم في العلاقات عندما تفشل طرق ومناهج المواجهة. إن أخصائي العلاج بالاستراتيجية يجعلون شغلهم الشاغل أنماط الاتصال اليومي، وكذلك التبعات المتكررة للتفاعلات بين أعضاء الأسرة، فالاتصالات تدل علي العلاقات، والأعراض هي أساليب تكنيكية في هذا

الصراع وهدف المعالج هو مناورة المريض ودفعه إلى تطوير سبل أخرى لتعريف العلاقة، وبذلك يتم هجر استخدام الأعراض كطريقة لبذل التحكم.

الأساليب الفنية (Techniques):

يتعين على المعالج تصميم استراتيجية لكل مشكلة ويكون مسؤولاً عن التغير، ويكون المدخل عملياً مهتماً بما يعمل، فالمعالجون يستخدمون قدرتهم علي التغلب على «مقاومة المريض»، ويجعلون الأساس المنطقي للتدخل محجوباً عن المرضي.

- ***التصنيف:*** هذا أسلوب للتأكيد على الجانب الإيجابي وتحويل السلوك سيئ الوظيفة ليبدو منطقياً، فمثلا يصف «هالي» بأن إخبار الزوجة التي يطاردها زوجها بفأس بأنه كان يحاول أن يتقرب منها، وعليه فإنه يتم فحص الطرفين ويكون الجانب الأقل وضوحاً مستبعداً ويُوصف كرسالة بعيدة ويحاول المعالج تسمية العلاقة أو تفسيرها بشكل إيجابي ومثل إعادة التصنيف هذه يمكن أن تغير السياق للعلاقات وتفضي إلى التحسن.
- ***التوجيهات:*** هي مهمات مخصصة للعائلات لإنجازها خارج الجلسة فمثلاً تخبر الأم بأن تتوقف عن مقاطعة الحوار والتدخل عندما يتكلم الأب والابن معاً، ومع ذلك فغالباً لا تؤدي هذه التوجيهات دورها بشكل فعال. إذ أن العائلات تكون مقاومة ومستثمرة للوضع الراهن.
- ***وصف الأعراض:*** قد يتم تجريب هذا النوع من التدخل المتناقض إذ يخبر المريض بأن يستمر في فعل ما جاء أصلاً ليتعالج منه (العرض) ويوقفه وهذا معين لاستثارة التحدي في المريض، والذي يأتي في المرة التالية ويقول إنه فعل هذا الشيء بشكل أقل وضوحاً عن ذي قبل.

يتم إجراء مقابلة مع نفس العائلة المذكورة سابقاً، ومع ذلك ففي هذه المرة لا يتم عمل إعادة تنظيم بنائي لترتيب الجلوس ويلاحظ المعالج أن الأم «لروبرت» تعمل على إبقاء أمه فى البيت لرعايته، وليس كما تقول الأم إنها ترغب في العودة للتمريض ولكن لا يبدو حقيقة أنها تريد ذلك ويخبر معالج الأسرة: بأن الموقف خطير وينصح السيدة «جونز» بزيادة إشرافها على «روبرت» وفحص مستوى آلامه كل ساعة لمدة أسبوعين ولا يجب أن تتركه تحت أي ظرف وحده في المنزل وعلى «روبرت» أن يذكر أقل وخزة ألم ويخبر أمه أنه إذا تُرك لفترة طويلة من المحتمل أن يزداد سوءاً وعليه أن يطلب من أمه أن ترعاه وتكون على مقربة وثيقة منه بصرف النظر عن تضحيتها وبعد أسبوعين من ذلك تضج العائلة بالتدريج من مدى سيطرة آلام «روبرت» وتصبح السيدة «جونز» في حالة ضجر وملل باستمرار من خدمته بكل وسيلة ممكنة، ويشعر«روبرت» نفسه بالتكلف إذ هو الآن يبلغ مرضه لأمه طوال الوقت ولا يسمح له برؤية أصدقائه في المساء وهكذا يحدث تغير في الاتجاه وتستجيب السيدة «جونز» بحدة أقل لأعراض «روبرت» المرضية وهو بدوره يقوم بالإبلاغ عن مرضه بشكل أقل ويبدأ في الرغبة للخروج أكثر ورؤية أصدقائه وفي النهاية يعود إلى المدرسة.

الشكل رقم (37-3): زيارة عائلة «جونز» لأخصائي العلاج الاستراتيجي للعائلة والذي يستخدم أسلوب «هالي» في العلاج

أما لو فعلوا فهم يُدفعون لإدراك أن لديهم بعض القدرة على التحكم في سلوكهم، وعليهم يواجهوا اللاعقلانية والآثار التي يؤتيها الفعل على الآخرين. فالأم المتسلطة قد يتم إعطاؤها تعليمات بأن تدخل في إدارة التفاصيل الصغيرة بشكل مطلق في حياة العائلة، وألا تسمح لأي شخص آخر بأن يكون له أي رأي في شيء. والولد الرافض للمدرسة قد يُعطى تعليمات بألا يغادر المنزل على الإطلاق ولا ينظر

لكتاب قط، وهنا تصبح المسألة إذا يخبر الطبيب المريض بأنه مسؤول عن هذا العرض وهذا التصرف، وقد يؤدي الإحساس بالمسؤولية إلى التغيير، فعلى الطبيب المعالج أن ينصح الأم المتسلطة بزيادة التسلط، فلو رفضت التوجيه من المعالج قللت سيطرتها فيؤدي هذا إلى زوال الأعراض (أعراض التسلط).

والفكرة هي مواجهة المريض بالعيب (التسلط)، انظر الشكل (37-3).

- ***المزاح (المرح) والاستعارة،*** يستخدم هذا للتعامل مع الجانب البسيط من المشكلة، وتخفيف الضعف وإبعاد التفكير المنطقي جانباً ولجعل العائلات تفلت من الأنماط الثابتة فهذا قد يتطلب «حلولاً نادرة» وغير مباشرة.

- ***التزويد بالبدائل:*** يقترح نشاطات أخرى لتحل محل السلوك المسبب للمشكلة.

- ***طرح المشكلة خارجياً:*** تُعزى هذه الطريقة لتناول الأعراض بطريقة خفيفة الظل والتهوين من أمرها لتمكين الأسرة أن تتحد ضدها وقد وصفت جيداً بواسطة مايكل وايت (Michael White) الذي يركز قليلاً علي الفشل ويقلل النزاع حيال الأعراض، ويفتح إمكانيات جديدة للعمل؛ فيحل التفاؤل محل التشاؤم، فعلى سبيل المثال بدلاً من لوم الولد على التلوث والاتساخ فإنه يعزى المشكلة إلى المكروهات «الخبيثة» والتي يجب أن تؤخذ في معركة للتغلب عليها، ويتم رسم جداول تخيلية لإيضاح التقدم وجعلها لعبة مُلحة، حيث يساعد الطفل على اختراع استراتيجيات مبدعة للفوز وتحقيق النصر.

علاج مختصر بالتركيز على الحل
(Brief solution-focused therapy):

طور هذه الاستراتيجية ستيف دي شيزر (Steve de Shazer)، حيث يعتمد على المدخل الذي يركز على النجاح ونمطياً لا يتضمن أكثر من (5-10) جلسات فالأسئلة تركز على الاستثناءات مثل: منذ متى لم تحدث الأعراض؟ ماذا كنت تفعل

في ذلك الوقت؟ كيف استطعت أن تفعل أكثر من ذلك؟ والفروق تتضح في شدة الأعراض ويوجه الانتباه لما حدث في ذلك الوقت ويركز على ماذا يحدث لوسارت الأمور سيراً صحيحاً بدلاً من التركيز علي سير الأمور خطأ، ويفترض أن الناس يعملون بالفعل ما يحتاجونه أن يفعلوه لحل شكواهم، وعلى المعالج أن يساعدهم فقط في اكتشاف حلولهم الإبداعية، وقد لا يكون الحل مطابقاً تماماً للمشكلة وقد يتألف الحل من عناصر مختلفة تماماً ويستخدم «دي شيزر» الإستعارة في وصف كيف أن المرور من باب مغلق يعوق التقدم لحياة أكثر قبولاً بدلاً من إنفاق وقت طويل في تجرع الألم متسائلين لماذا أُغلق هذا الباب؟ ومن أغلقه؟

إنه يضع كل ما هو ضروري للعائلة من أجل أن تجد مجموعة من المفاتيح الحقيقية لفتح ذلك الباب وأي باب يعوق تقدمهم.

الطرق المستخدمة (Techniques):

- ***الوصف الدقيق للمشكلة:*** يكون مطلوباً «كيف أعرف أن الاكتئاب الذي أصابني يتحسن؟»، «ماذا سأقول ؟» أهداف محدودة لكن ممكن إنجازها، وبالتركيز على الوصف الدقيق يمكن قيادة سالعائلات لإدراك التحسن، مهما كان صغيراً، وبدعم هذا التحسن الطفيف فإنه يمد الأسرة بالحافز لإبقاء عمل الأشياء بشكل مختلف يقود بالتالي لتغير آخر.
- ***السؤال المعجزة:*** ماذا سيكون الحال لو استيقظت في الغد وكانت المشكلة منتهية؟! ماذا سيكون إذا كان مختلفاً نهائياً؟
- ***التدخل المعجزة:*** الشخص (س) سيتصرف غداً كما لو كان بلا مشكلات. والشخص (ص) سيلاحظ ذلك ضمنياً وسيندهش لاستجابة الشخص (س)، سيلاحظ الشخص (س) ضمنياً تحسن رد فعل الشخص (ص)؛ مما سيؤدي حتماً إلى تحسن العلاقة بينهما دون الخوض في مناقشة ذلك.

- ***التركيز على النجاح:*** انتهز هذه المناسبات عندما تكون المشكلة غائبة، ماذا يحدث في هذا الوقت؟ لاحظ هذه النجاحات، كيف استطعت حقاً أن تتجاوز هذا السلوك ولا تدخل «في سلوك هذه الأعراض»، ولماذا لا تستطيع أن تفعل ذلك الآن؟ إذاً فأنت تثير الحافز. دعنا نعمل على تطوير الحافز فلو نجحت الاستراتيجية تمسك بها وإن فشلت فافعل شيئاً آخر.

علاج ميلانو النظامي للأسرة
(Milan Systemic Family therapy):

قام سلفيني بلازولي (Selvini -Palazzou)، وبراطا (Prata)، وبسكولو (Boscolo)، وشيشين (Cecchin) في ميلانو (إيطاليا) بتطوير علاج للحالات المزمنة المقاومة للعلاج، وهذا المدخل يختص بإظهار المعتقدات الخفية المقنعة التي تفيد سلوك العائلة.

النموذج هو إدراك وتحدي المعتقدات الأسرية العقيمة، وبالتالي يمكن إعادة تشكيلها وتعديلها لتتلائم مع ما يحدث بشكل أكثر دقة والتوقع من أن يتغير السلوك ليتلاءم مع المجموعة الجديدة من المعتقدات أو الأولويات، وهذا هو عكس علاج الأسرة البنائي حيث يكون الهدف هو تغيير السلوك من خلال العمل المباشر وليس كنتيجة لتغيير المعتقدات، ووفقاً لعلاج ميلانو النظامي قد يكون هناك مجموعات متعارضة من المعتقدات المتعلقة بالعمل المفرد، فمثلاً بالنظر إلى الابنة التي تبقى خارج البيت لوقت متأخر، فالأب أو «الأم» قد يشعر بأنها يجب أن ترجع للبيت مبكراً لأنها في خطر كونها ممكن أن تتعرض للإساءة ولكن قد يشعر أيضاً أنه لو تم فرض قواعد صارمة فلربما تفر من البيت مثل أختها الكبرى. وكما يتضح فإن هذه الاعتقادات يمكن اختبارها وفحصها بالمقابلة مع أفراد الأسرة الآخرين لمعرفة الآراء والاهتمامات ويمكن تطويرها وفقاً لذلك، وبالنسبة للأنماط الأخرى للعلاج الأسري فإن المدخل النظامي قد تغير عبر الزمن مع التأكيد المتزايد على دور اللغة

في تشكيل المعتقدات. والطريقة المركزية هي واحدة من الأسئلة الدائرية التي تكشف كيف تتعلق المعتقدات وترتبط بالسلوك، وبذلك فكل سؤال تتم الإجابة عليه ينتهي إلى آخر يكشف المعنى الذي يتضمنه في المعتقدات الأخرى في النظام، كما يكشف العلاقات المتبادلة، بينما تتقدم الأسئلة الخطية بشكل متلاقي للخوض في التفاصيل المتزايدة عن الحالة العقلية والسلوك، وتهدف الأسئلة الدائرية إلى الربط بالمعتقدات الأخرى لأعضاء الأسرة الآخرين، وعليه فالشخص يهدف إلى رؤية كيف ترتبط الخبرات بنظم المعتقدات وليس باكتشاف المزيد والمزيد من الخبرات. على سبيل المثال لو تسبب شخص في إشاعة الغضب في الجلسات بشكل متكرر فبدلاً من محاولة الاستمرار في اكتشاف المشاعر، فيتوجب على الفرد اكتشاف ماذا يعنيه هذا الغضب للقضاء على هذا الشعور؟ فإذا ترك الشخص ليعتقد بأنه تافه وعقيم وضحية وغيرها من هذه الأمور غير المستحبة لاستمر في مزيد من الغضب.

الطرق المستخدمة (Techniques):

وضع فرضية (Hypothesising):

- يحدث هذا قبل الجلسة، وقبل أن تستطيع الأسرة وضع تعريفها للمشكلة.
- إنها تنظم الأسئلة: إنها عملية متطورة تختبر فيها الفرضية عن طريق تجميع المعلومات.
- إنها توضح المكاسب والخسائر التي تجلبها أعراض المرض لكل عضو بالأسرة وكيف تساعد الأعراض الأسرة التي تصارع مع منظور التغيير.
- تحرك كل فرد في أسرة تعاني من مشكلة مزمنة لإيقاف التغيير راغباً في منع إقامة الوضع الراهن بعد حدوث التغيير ويحاول أن يستبقي الأنماط القديمة حتى لو تعارضت مع الموقف الجديد وهذه «المقاومة» للتغيير كانت أكثر تمييزاً

فـي العـلاج النظـامي المبـكـر والآن تـواجـه تقبل أعظم حيث تريد العائلات بالفعل أن تتغيـر.

التعادلية (Neutrality):

- يتـجنب المعـالج الاقـتـراب من نظام العـائلة أو التـحـزب لأي طرف وقد يكون هناك فريق على الجانب الآخر فعليه أن يكون محايداً للجميع .
- لا يتم تقييم الإجابات أو تصـحيحـها، بل يتم إظهـار التـفـاهم وربما التـعاطف ولا تقبل وجهة نظر أي عضو من أعضاء العائلة باعتبارها صحيحة أو قاطعة.
- يبقى المعالج متضامناً مع كل عضـو من أعضـاء العائلة. يحاول أن يفهم وليس أن يصف كيف يجب أن تكون الأسرة تاركاً إياهم ليصيغوا حلولهم الذاتية.

الأسئلة الدائرية (Circular questioning):

- يعني ذلك أن سؤالاً يفضـي إلى الآخر في اتجاه مختلف خارجي وليس خطياً نحو تعريف الظاهرة .
- يُسـأل الأشـخـاص أن يذكـروا المشكلة بمصطلحـات سلوكـية وليس بمصطلحـات حالات مزاجية.
- يتم مناقشـة تأثير الأعراض على العلاقـات «من يقوم برد الفـعل؟» (من هو الأكثر تأثراً؟ من لاحظ أولاً ؟ من أكثر قلقاً؟).
- الفـروق بين الناس يتم أخـذهـا في الاعـتـبـار من الأكـثـر قلقـاً على «لوسـي» لو لم تتناول طعامها؟.
- ويجب الاهتمام بالسيناريوهات الفرضية لتحديد أثر الأعراض على العلاقة لو لم

يكن عند «جيم» المشكلة من سيكون أقرب إليه؟.

- يتم استكشاف التوقيت: كيف كانت العلاقات قبل وبعد المشكلة؟ ويتم التفكير في المستقبل ماذا سيحدث إن لم يتم التحسن أبداً؟.

- قد تكون الأسئلة ثلاثية: أي يتم سؤال شخص ثالث عن العلاقات بين اثنين آخرين «كيف تؤثر نوبات غضب أخيك على أمك؟».

- يتم بحث بدائل جديدة «ماذا يجب أن يحدث لإيقاف جيم عن سوء السلوك؟» على أن تكون المعاني والأفعال منفصلة.

- الأسئلة الدائرية لأعضاء الأسرة الصامتين أو الرافضين يتم استخدامها «لو تكلم ماذا سيقول ؟».

- يتم معالجة المشاعر وصفياً وليس بشكل عاطفي. أي من أولادك يفهم اكتئابك بشكل أفضل؟ وماذا يجب أن يتغير لتقليل اكتئابك؟

- يتم إظهار المعلومات لتتخذ معاني مختلفة لأعضاء الأسرة المختلفين، وبالتالي كشف العلاقات العائلية.

المضمون الإيجابي (Positive Connotation):

- هذا يأخذ أكثر من شكل لإعادة البناء أو إعادة التسمية لأنه يحاول أن يخاطب القواعد الخاصة «بلعبة» كل الأسرة وليس سلوك فردي واحد.

- يعاد هيكلة سلوك الأعراض باعتباره جيداً لأنه يساعد على إبقاء التوازن النظامي وبالتالي تسهيل التماسك الأسري والرخاء الأسري، وبذلك يُعزى إلى الإرادة ويتم رؤية الأعراض باعتبارها مساعداً للأسرة وليس كياناً سلبياً.

نفس العائلة الموصوفة سابقاً. هذه المرة يسأل أخصائي العلاج عدة أسئلة توضح الفروق بين أعضاء العائلة ومبدئياً يسأل البنت «جين» من هو أكثر انزعاجاً في عدم ذهاب «روبرت» للمدرسة؟ فتقول والدي ويسأل السيدة «جونز» ماذا سيحدث لو أن زوجها تشدد واصر على ذهاب «روبرت» للمدرسة؟ فيقاطع السيد «جونز» بأنه ما كان ليصر أبداً على ذلك هذا عملاً تسلطياً وأن والده كان متشدداً صارماً، وقد أفزع «جونز» مدى الحياة بأفعاله التسلطية وأنه لن يعامل أحد من أبنائه بالطريقة نفسها. ثم يسأل «جين» من سيكون أكثر انزعاجاً لو أن «روبرت» ذهب بالفعل للمدرسة؟ فتجيب بأن ماما سوف تكون وحيدة، ثم يسأل السيدة "جونز" ثانياً ماذا سيحدث لو أن زوجها تشدد وأصر على ذهاب «روبرت» للمدرسة؟ فتقول إن «روبرت» حساس وإنها قلقة عليه فإن أجبره أحد فسوف تصيبه صدمة عصبية تماماً كما حدث مع السيد «جونز» عندما كان في سن (15)! وعند سؤال الطفل الصغير «جون» ماذا سيحدث لو عاد «روبرت» للمدرسة؟ فيجيب بأن «جين» سوف تكون هي الفائزة لأنها شاطرة لكن «روبرت» فشل في الاختبارات الشهرية في بدء العام وسيظل هو الغبي ثم يروي ويقول «جون» كيف قررت العائلة كلها تعريفهم بأهمية النجاح الدراسي إذ كان أبوهم ابن لزبال لكن بفضل النجاح الأكاديمي صار مدرساً من الطبقة الوسطى.

يأخذ المعالج راحة لاستشارة زملائه خلف المرأة ويقترحون معاً أن العائلة تبدو مشلولة باعتقادين متنازعين مسببين للخوف فإن لم تعمل بجدية كافية قد تفشل أكاديمياً وإن عملاً باجتهاد زائد قد تصاب بانهيار ويوصون بأن على المعالج أن يسأل أفراد العائلة كيف يرى كل منهم المستقبل في مدة سنتين وعند عودة المعالج للاسرة تسأل عن ذلك فيجيب «روبرت» إنه يود أن يتحرر من الألم ويلعب الكرة ويبتسم وهو يقول ذلك إنه عندها لن يضطر إلى حل مسائل الحساب بعد ذلك الحين، ويقول «جون» إنه يأمل أن يكون في فريق كرة القدم بالمدرسة بالمرحلة الثانوية التي سيكون فيها في ذلك الوقت ويضيف أنه تمنى أن أبوه و«روبرت» وهوأن يلعبوا كرة القدم معاً كما اعتادا وعلى ذلك مضيفاً بكل فخر أن أباه اعتاد أن يكون في فريق الجامعة. وتقول الأم إنها تود أن تعود للتمريض مرة أخرى. ويقول «جين» إنها ستعجب بأمها لو فعلت ذلك ويقول الأب إنه ما يتمنى أكثر مما قيل، لكنه يتمنى ألا ينتظر سنتين للعب كرة القدم مع أولاده ويقول ما رأيكم في مباراة هذه الليلة ويوافق الأولاد بكل حماسة.

ويقول المعالج إنه معجب بالطريقة التى تعمل بها الأسرة معاً لحل مشاكلها ويتساءل إذا ما كانت تجربة السيد «جونز» التي أصابته بالانهيار قد تستخدم في مساعدة «روبرت» أما السيد «جونز» فقد خطر بباله أن يعود لمساعدة «روبرت» في الرياضيات، وقد كان قلقاً ولا يريد الضغط على ابنه لكنه يعتقد الآن بأن روبرت ربما لم يعرف كيف يبدأ لكونه بعيد عن المدرسة لمدة طويلة ويبدو «روبرت» مسروراً وتواصل العائلة مناقشة ما بوسعهم فعله الآن لكي يذهبوا إلى حيث يريدون أن يقوموا عليه في ظرف سنتين وفي زيارة متابعة بعد أسبوعين نجد أن الأم «روبرت» أقل بكثير إذ بدأ قد يعود تدريجياً للمدرسة مرة أخرى.

الشكل رقم (37-4): زيارة عائلة «جونز» لأخصائي العلاج الأسري بنظام ميلانو

- إن المحتوى الأهم هو الشعور الإيجابي وليس السلوك فقط (فمثلاً عبارة شكراً لك قد تستخدم للحد من اندلاع الشغب العائلي بسبب سلوك أخيك السيء ورفضه للأكل).

- كان من المعتقد من قِبَل المعالجين النظاميين الأوائل أن بث الشعور الإيجابي هو أكثر الوسائل العلاجية قبولاً والتي لا تلقى أية معارضة، أما المعالجون الجدد فقد وجدوا أن تغيير السلوك ممكن ولكن مقاومة هذا التغيير تعود إلى المداخل العلاجية التي لا تتجانس مع معتقدات الأسرة.

- بعد حوالي دقيقة من الجلسة فإن المُعالج ينسحب ليتناقش مع زملائه خلف المرآة (مرآة مستوية) ولمدة عشر دقائق أو نحوها وبعد ذلك يدخل الحجرة مرة أخرى ويتلو «الرسالة» والتي قد تكون مصحوبة بمهمة لأفراد العائلة لينفذوها والأمثلة كما يلي:

التناقض والتناقض المضاد

(Paradox and Countreparadox):

- ***التناقض:*** يحدث بتقبل العائلة للتعرف الإيجابي من قِبل المعالج، لماذا يسبب هذا الشيء الجيد الترابط العائلي وأعراضاً في أحد أعضائها؟ يقوم المعالج بذكر المعضلة التي تعيشها الأسرة.

- ***التناقض المضاد:*** قد يقدمه المعالج كرسالة مصمّمة لمساعدة الأسرة على إيجاد الخلاص من مشكلة فبدلاً من أن يقول إن المريض يعاني ـ دون بقية الأسرة ـ من أعراض يجب أن تتغير، فهو يترك للأسرة استنتاج ذلك. إن التناقض المضاد مصمم لتفادي سوء الوظيفة على سبيل المثال لا يذكر الحاجة لأي تغيير وتترك الأسرة لحال سبيلها لحل سخافات التناقض من تلقاء نفسها بعد الجلسة.

الوصفة العلاجية الثابتة

(The invariant prescription):

وقد طور هذه الطريقة اثنان من رباعي ميلانو الأصلي (لفيني بلازولي وبراطا) ويستهدف إلى حل الأنماط الخاصة بالأب والابن، والتي فيها تلعب «لعبة» من قبل أعضاء الأسرة باستثناء الطفل المريض ويستخدم هذه اللعبة مع الطفل المسيطر ذي الوالد الضعيف (الفائز خلال سلوك المرض) يطلب فيه الآباء التخطيط لبعض الأمسيات والافتراق قبل العشاء دون تحذير مُسبق تاركين فقط لافتة تقول (لن نكون بالبيت هذه الليلة وعند العودة لا يقدمون أية تفسيرات لأولادهم قائلين: هذه الأمور من شأننا نحن فقط)، (ويطلب من كل والد أو والدة الاحتفاظ بنوتة خاصة بالسلوك اللفظي وغير اللفظي للطفل عقب تنفيذ هذه النصيحة «الوصفة»).

وهذا الإجراء مُصَمم لتقوية التحالف الأبوي وتحطيم الائتلاف السابق في وجوده وسد لعبة التحكم التي جعلت السلوك المرضي مؤبداً.

المدخل القصصي (Narrative approach):

هذا المدخل في العلاج هو تطور حديث تبناه بعض المعالجين النظاميين والاستراتيجيين، ويركز على قصص يقومون بقصها علي الناس تقوم بإرشادهم في حياتهم ويقوم «جن بينج هول» بالاستعانة بهذه الطريقة مع التركيز على نظرية الارتباط في تنويع علاج الأسرة وقد ألف كتاب بعنوان «إعادة كتابة النصوص العائلية» في عام 1995، فيمكن للبالغين والأطفال المتواجدين في بيئة آمنة أن يبنوا طريقاً جديداً لرؤية مستقبلهم، ويتم مساعدتهم ليعيشوا محررين من القيود الماضية ويستخدم «ديفيد ايبستون» كتابة الخطاب كجزء من وسيلة قصصية لغاية علاجية وقد ألف مايكل وايت كتاباً بعنوان (المداخل القصصية للأهداف العلاجية) في عام 1990. إن قصص الحياة ومشكلاتها المعذبة يعاد كتابتها باستخدام مصطلحات الشخص ولكن التركيز يكون على كيفية المصارعة معاً ضد الضغوط الهائلة التي

وضع تحتها بكل بطولة وهناك إمارة على تقدم حالات لم تسودهم المشكلة وكانوا متحفزين للتفكير في المستقبل فقد أصبح كل منهم الشخص القوي والكفء الذي انبثق من المقابلة حتى ذلك الوقت، ويتم تشجيع الشخص على السعي أو الالتقاء بمجموعة اجتماعية من دائرتهم القريبة للقدرة على معايشة وتقمص قصتهم وهويتهم.

تقييم العلاج الأسري (Evaluation of family therapy):

النقد (Criticisms):

بعض معالجي الأسرة لديهم معرفة قليلة عن الأعراض الخاصة بالتحليل النفسي للطفل والمراهق بالأحرى، فينظر لكل المشكلات على اعتبار أنها تأتي من أنماط علاقات شاذة ويفشلون في إدراك مساهمة الاضطرابات البنائية الكلية أو الجزئية مثل عرض (اسبيرجر) أو فرط النشاط وقلة الانتباه (ADHD)، وحتى في حالة مثل اضطراب السلوك حيث تكون العوامل النفسية الاجتماعية وثيقة بشكل كبير فإن مدخل العلاج الأسري قد لا يلتقط اضطراب القراءة النوعية الموجودة في ثلث الحالات، وبالتالي يفشل في المساهمة السببية التي يصنعها ذلك. وبعض معالجي الأسرة نادراً ما يرون الطفل على حاله الطبيعي، ومع ذلك فإن مقابلة الطفل غالباً ما تكون ضرورية لكشف الاكتئاب أوالاستئساد أو الاستغلال فقد لا يفصح الأطفال عما يعانونه أمام أعضاء الأسرة الآخرين بسبب الخوف أو الخجل أو دواعي أخرى.

وتأتي العائلات للمساعدة حيث يستشعرون أن أعراض طفلهم في حاجة إلى المواجهة المباشرة، ومع ذلك فقد يتأخرون لما يخشونه من تدخل غير وثيق في علاقاتهم الخاصة، فعلى سبيل المثال قد يستخدم نظام «ميلانو»، فريق ثان لملاحظة المعالج وهو مكلف كما أنه في علاج «ميلانو» من الصعب على المعالج أن يكون محايداً إذا كان لديه التزامات قانونية لحماية الطفل من ممارسات تعسفية، كما أن نقص التفسير عن النمط الذي تتبعه الأسئلة وطبيعة التدخل المحيرة قد تجعل بعض

العائلات يشعرون بالغربة ويقسمون على عدم العودة مرة ثانية للمتابعة.

الردود (Rejoinders):

يمكن التغلب على كثير من هذه الاهتمامات بالعمل المرن على سبيل المثال في فريق متعدد الأنظمة من الممكن دائماً أن يكون لديك تقدير عام مبدئي قبل البدء في علاج الأسرة.

ومعظم معالجي الأسرة لا يعلمون أن إشغال الأسرة هو فن المُعالج الماهر منهم لن يفقد العائلات بالتطفل الزائد والسريع بل سيكون حساساً لما يمكن للعائلة أن تحتمله، وإحدى مميزات وجود خبرة في علاج الأسرة هو أن تكون قادراً على إدراك وتوجيه التأثيرات على السلوك بين العائلات والتي يفشل في عملها المدخل التتشخيصي الخطي.

الدراسات النتائجية (Outcome Studies):

لقد أصبح لدينا حصيلة من الدراسات المضبوطة بصرامة أو دراسات حالة مفردة منفذة بكل دقة، ومع ذلك فإن التجارب المضبوطة العشوائية قد أظهرت أن علاج الأسرة هو علاج فعال في حالات القهم العصبي، كما أن علاج الأسرة الوظيفي «له عنصر سلوكي قوي» للسيطرة على جنوح الأحداث، وهي من الحالات الصعبة ذات السمعة الرديئة، والتي تُعد نتائجها مثيرة للدهشة بحجم تأثير (0.4 - 0.7) انحراف معياري.

الفصل الثامن والثلاثون

الرعاية (الحضانة) والتبني

Fostering and Adoption

عندما لا يستطيع الآباء أن يُعنوا بأبنائهم فقد يكون من الضروري أن يتم رعاية أو تبني الأبناء بمعرفة أسرة أخرى، وتشير البراهين أن هذا اختيار أكثر ملائمة من مجرد وضعهم في دار إقامة الأطفال. حتى عندما تكون الرعاية البدنية جيدة، وهناك مقدار ملائم من الحوافز، فإن عدد الموظفات «المشرفات» ومعدل «الاستقالة والتعيين» في دار الإقامة تجعل من الصعب على الأطفال أن يقيموا ارتباطات آمنة مع شخص أو آخر يشعرون معه بعلاقة حميمة بشكل خاص، وهذا أدى إلى التأكيد المجدد على الرعاية والتبني وبالرغم أن هذا ليس دائماً ممكناً بالنسبة للمراهقين المنحرفين. كما لا تساعد دور الإقامة الصغار الذين تم إساءة معاملتهم من قِبل الموظفين أنفسهم الذين يفترض أن يقدموا المساعدة.

الرعاية (Fostering):

في إنجلترا يوجد 60 ألف طفل في دور الرعاية في وقت واحد، أي واحد في كل 1000 شخص، أو حوالي واحد لكل 250 طفل تحت سن 18، وعليه ففي أحد الأحياء العادية التي يسكنها 250000 مواطن قد يوجد 300 طفل يتم رعايتهم من قبل السلطة المحلية ويتضاعف هذا الرقم في الأحياء الأفقر. والأساس القانوني الذي يسمح بدخول هؤلاء الأطفال في رعاية السلطة الوطنية في إنجلترا يتحدد بقانون الأطفال الصادر سنة 1989، ويعرف مصطلح «تحت الرعاية» أي بمعرفة السلطة المحلية يعني أنه لا سلطة أبوية لهذا الطفل، بينما لو تنازل الأب تطوعياً عن رعاية طفله، فإن المصطلح المستخدم يكون «مأوى»، وعندما تكتسب السلطة المحلية المسؤولية يكون لهم قوة التحكم ويبقى على الآباء بالحقيقين أن يتحملوا بعض من مسؤولية أولادهم .. إنه وضع معقد.

أكثر من نصف ترتيبات الرعاية تدوم أقل من ستة أشهر، ثم يعود الأولاد مرة ثانية إلى آبائهم على سبيل المثال، إصابة الأب أو الأم بمرض عقلي أو بدني وخيم قد تحسن منذ ذلك الحين، وبالإضافة إلى الترتيبات الرسمية التي تتولى من خلالها السلطة المحلية رعاية الأطفال فقد يقوم بعض الأفراد بعمل ترتيبات خاصة لتنشئة وتربية أبنائهم وهذا ترتيب عادي في بعض الثقافات فعلى سبيل المثال في دول غرب إفريقيا وفي السنوات الحديثة، وبسبب نقص الإمداد الوثيق من مقدمي الرعاية المناسبين كان هناك احتياج متزايد على عقد مؤتمرات عائلية ممتدة حيث يتم إحضار عدد كبير من أفراد العائلة الممتدة معاً ليروا ماإذا كان في مقدورهم أن يعتنوا بطفل لا يستطيع الأب الحقيقي الاعتناء به أو ما يُسمى (رعاية الأقارب)، وهذا التنظيم يمكن أن يكون له ميزة خاصة في حفظ هوية الطفل ضمن العائلة ويوفر للطفل التزام شخصي كبير من القريب الذي يعتني به.

ومع ذلك تنعدم هذه الميزة لو كان القريب عاجزاً عن منع تدخل الأب الحقيقي المتعسف أو المضطرب عقلياً والذي يكون مثلاً شقيقه، أو شقيقته، كذلك فإن مقدمي الرعاية بالقرابة غالباً ما يشعرون بأنهم أقل دعماً من قبل قسم الخدمة الاجتماعية عن مقدمي الرعاية النظاميين في مهمة الاعتناء بالأطفال الذين يشكلون تحدياً بشكل واسع، وقد يتطلب الأمر من مقدم الرعاية الجديد أن يتنازل عن وظيفته أو غرفة نومه.

التبني (Adoption):

حتى 40 سنة مضت كانت أغلبية الأطفال بالتبني في إنجلترا وأمريكا من البيض المولودين لأمهات أصحاء وكانوا ينمون بدون تعطل في النمو أو مشكلات صحية عقلية ، وكان هناك عدد من الرضع والأطفال بما يكفي لسد احتياجاتهم، وتوضع الغالبية في السنتين الأولتين من العمر مع آباء بيض تم إخبارهم بالقليل عن الآباء الطبيعيين دون أن يكون لهم اتصال معهم، والآن وعلى النقيض لا يوجد عدد من الأطفال يلبي هذا الاحتياج ويأتي الأطفال من خلفيات متنوعة عرقياً وفي غالبية الأحوال تكون لديهم مشكلات نفسية هامة أو تعطل في النمو والكثير قد عانى من

عدم كفاية الآباء لتلبية احتياجاتهم والتي تكون معقدة، ومع ذلك وعلى خلاف أطفال الرعاية فطالما تتم عملية التبني لا يكون للسلطة المحلية مسؤولية أبوية نحو الطفل والتي تصبح حينئذ مسؤولية الأب أو الأم الجديدة، وأحياناً قد يفضي هذا إلى سحب الدعم والخدمات فور إكمال النواحي القانونية.

في هذه الآونة نجد أن الأب بالتبني يأتي من أصل عرقي أقرب ما يكون توافقاً وربما يكون له قرين أو لا يكون، وحالياً تقترح التشريعات السماح للأزواج غير المرتبطين قانوناً أو للأزواج المثاليين بالتبني. وبسبب النقص في الأطفال الأصغر سناً بالنسبة للنمو حدث تبني من الدول المتطورة للدول النامية فعلى سبيل المثال بسبب الحالة الرديئة للأيتام في رومانيا تم تبني عدد منهم في إنجلترا وأمريكا مما أعطانا الفرصة لفحص تأثير توفير بيئة جديدة بعد الحرمان الأولي الشديد، ولقد كانت دراسة الأطفال الرومانيين المتبنين مصدر معلومات كبير إذ وجدت أن الملاحظات الفكرية كانت جيدة، بينما كان تطوير المهارات الاجتماعية رديئاً بشكل جوهري وبدا الأطفال غرباء في المواقف الاجتماعية وغير قادرين على صنع أصدقاء من فئة أخرى غير الأطفال المعتنى بهم أومن تم تبنيهم من اللاجئين بدون صحبة، والذين يأتون من دول مزقتها الحرب مثل الموجودين في وسط إفريقيا أو دول البلقان أو الشرق الأوسط.

الباثولوجيا النفسية (Psychopathology):

عدد من الأطفال المؤهلين للرعاية أو التبني سيكونون عرضة للإهمال أو التعسف العاطفي، وربما يتعرض البعض لسوء المعاملة الجسدية أو الجنسية من الآباء الحقيقيين أو أحد الأفراد من دائرة العائلة.

يحتمل الآباء الحقيقيون أن يكون لديهم مدى كامل من الاضطرابات النفسية والتي جعلت أمر قيامهم بالدور الأبوي مستحيلاً بما يكفي، والمشكلات وثيقة الصلة بالتربية تشمل الأمراض الذهانية الكبرى والاكتئاب وسوء استعمال المخدرات واضطرابات الشخصية وعجز التعلم العام، وهذا يعني أن الأطفال في خطر من الاضطرابات النفسية والتمزقات العاطفية والسلوكية الناجمة عن أسباب وراثية

وبيئية ومن التفاعل بينهما، وغالباً ما يعاني الطفل الموضوع تحت الرعاية أو التبني من مزاج عصبي أو مشكلات أكثر من أشقائه فيمكث الشقيقان الأكبر أو الأصغر أحياناً مع الأسرة أما الطفل المتبنى فبسبب علاقاته السيئة مع الآباء ورفضه التام لهما يذهب لدور الرعاية كلية لأسباب بيئية من هنا وهناك، فمنذ وقت الولادة أصبح الأب أقل قدرة على التعامل مع الطفل مما حول الطفل إلى كبش فداء. والعوامل البيئية والوراثية يُحتمل أن تتفاعل؛ ولذلك فإن الأطفال ذوا الأمزجة المتوترة وعوامل الاختطار الوراثية قد يكونون أكثر حساسية للبيئات المعادية، وقد تؤدي هذه الصورة إلى رسالة ذات أمل نسبي في أنه بالرغم من أن الأطفال ذوا المخاطر الوراثية يكونون أكثر حساسية إلا أنه لو كان في الإمكان أن نجعل البيئة الخاصة بالتنشئة حميدة في مرحلة مبكرة بشكل مناسب فقد يؤدي ذلك إلى حدوث تأثير نافع بشكل متفاوت يساعد على تحسين النواتج للأطفال والصغار.

إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية في الأطفال موضع العناية من قِبل السلطات المحلية يكون مرتفعاً ووجد في معاينة قومية حديثة في إنجلترا أنه من بين كل الأطفال موضع العناية «يشملون من تلقوا رعاية قصيرة المدى» وجد أن (50٪) تماماً قد عانوا من اضطراب نفسي بالمقارنة بـ (10٪) من مجموع السكان الكلي (انظر إلى الشكل 3-1)، وكل الاضطرابات النفسية تكون أكثر شيوعاً ومن الملاحظ بشكل خاص الزيادة المرتفعة لأعراض الطيف التوحدي وأعراض فرط النشاط وتشتت الانتباه (ADHD) ولاسيما في حالة وجود حرمان شديد كما أن اضطرابات الارتباط ليست نادرة الحدوث وتكون الاضطرابات العامة لعلاقات ومشكلات الارتباط الأخرى شائعة الحدوث ويكون المآل على المدى البعيد ضعيفاً، وكذلك الأداء النفسي الاجتماعي. من بين الأطفال موضع العناية من قبل السلطات المحلية في إنجلترا نجد أن (6٪) فقط يحصلون على تقديرات من جيد لمقبول في شهادة الثانوية الإنجليزية (GCSE) بالمقارنة بـ (45٪)، وتكون معدلات الجريمة أكبر من 5-10 أضعاف. وعلى النقيض فالأطفال الذين تم تبنيهم يظهرون زيادة طفيفة في الاضطرابات النفسية ونواتج اجتماعية نفسية جيدة طويلة المدى.

التقييم (Assessment):

إن تقدير الصحة العقلية يحتاج أن يكون شاملاً، ويجب سؤال كثير من العاملين عن المعلومات وليس فقط مقدمي الرعاية في الوقت الحالي ومن الهام الحصول على السجلات الأصلية وأي معلومات طبية عن الآباء الحقيقيين، بما فيها التاريخ النفسي والسجلات الإجرامية ومستوى التعليم والإدراك الفكري وقصتهم مع الكحول والمخدرات، ومن الضروري إجراء فحص بدني شامل إذ قد توجد عيوب بصرية أو سمعية لم تكن مكتشفة من قبل، إن التقدير القياسي النفسي الشامل جوهري إذ أن عجز التعلم العام والخاص يكون شائعاً.

إن الطفل أو الشخص الصغير في حاجة للحديث إليه لبعض الوقت ليرى الصورة الخاصة بحالته العقلية وفهمه لقصته الذاتية وعلاقته بها أو فهمه للآباء الحقيقيين ومقدمي الرعاية والمتبنيين، وبالنسبة للأطفال الذين تعتنى بهم السلطة المحلية من الهام التأكيد علي أن الأخصائي الاجتماعي يكون موجوداً في وقت التقدير ولو أمكن وجود مدير خبير أيضاً، وبالتالي يمكن وضع نتائج التقييم في التطبيق مع دراسة موارد الإدارة.

مسائل تقرر في اختيار مكان وضع الطفل (Issues in deciding placement):

إن أفضل علاج لطفل لا يستطيع أن يعيش مع أبوين حقيقيين هو الوضع الثابت مع صور أبوية محسنة يمكنهما تلبية حاجات الطفل بتقديم رعاية جيدة ومشجعة ومعاملته كشخص مميز فعلاً.

ومن هنا يجب أن نتيع ما يلي:

(1) تحديد موضع إقامة مؤقت لإعداد الطفل المضطرب لإقامة ثابتة فيما بعد لا تعتبر فكرة جيدة بالرغم من استمرارية مزاولة ذلك، فهذا يطيل فقط من شك الطفل أو الشخص الصغير ويمنعه من بدء إقامة علاقات آمنة مطمئنة.

(2) الاتصال المستمر مع الأب الحقيقي الذي يصدر وعوداً غير واقعية عن مدى

روعة الحياة إن عاش معهم لا ينصح بها، كما لا يُنصح بالاتصال بمعتدٍ جنسي، أو متعسف بشدة، ويمكن أن يؤدي ذلك إلى حدوث اضطرابات مستمرة عند الطفل أو الشخص الصغير.

(3) يعرض انتقال الطفل من دور الرعاية التمهيدي إلى مكان الإقامة الثابت إلى وضع الطفل مع مجموعة جديدة من مقدمي الرعاية لهم نفس مستوى الخبرة؛ أو المهارة بدلاً من مقدمي الرعاية السابقين؛ مما يجعله عُرضة لمزيد من المعاناة من الانفصالات.

(4) إن الجهود الممتدة لمحاولة تقديم علاجات أبوية لآباء في غاية التعسف سوف ينتهي إلى منظور ضعيف من التحسن، ولن يكفي لتلبية احتياجات أطفالهم، وهذا سوف يطيل الجهد والالتباس على الطفل وقد يؤدي لفقد فترات زمنية حاسمة يحتاجون فيها للشعور بالأمان والحب بثبات لينمو بشكل صحي.

(5) متى كان ذلك ممكناً، فإن استمرارية وضع المدرسة وعلاقات الأقران الإيجابية يجب تشجيعها وليس نقل الطفل لمنطقة أخرى.

(6) وضع الطفل مع عدة أشقاء ممزقين بحيث يمكن أن يعيشوا معاً في بيئة أخوية لا يوصى به لو كانت العلاقة بين الأشقاء ضعيفة. إن مثل هذا الوضع يحتمل جداً أن يؤدي إلى مزيد من التمزق إذ أنه من الصعب جداً على أي أبوين أن يتولوا شأن من «3-4 أطفال متمزقين مرة واحدة».

(7) إن الإقامة في أسرة ترعى من (2-3) أطفال في نفس العمر يُحتمل أن يثير الغيرة ويقلل الاهتمام الذي يُعطى للطفل المقيم حديثاً. وعلى النقيض، فإن وضع الطفل في أسرة بها طفل أكبر متزن قد يعمل بشكل جيد خاصة إذا أبدى الطفل الأكبر رعاية واهتمام بالطفل الجديد ولعب دوره كنموذج جيد.

أمور خاصة بالفرد الصغير موضع الاهتمام

(Particular issues for the young person involved):

بالإضافة إلى العلاج الذي يُوصى به للاضطرابات النفسية نحن بحاجة إلى دراسة عدد من المسائل وتشمل مساعدة الصغار على فهم لماذا عجز الآباء عن

الاحتفاظ بهم، ولاسيما إذا كان هناك أشقاء آخرين مازالوا يعيشون معهم، وما مقدار الاتصال الواجب السماح به وخاصة إذا ما كان ذلك مدمراً أو مزعجاً، كما يجب مساعدة ولائهم المتشعب فيما يتعلق بالمسموح به من حب الآباء بالرعاية والآباء الحقيقيون «عملياً فهذا ممكن ولكن قد يعني مثلاً عمل مجموعتين بديلتين».

وقد يتضمن مساعدة الشخص الصغير على فهم هويته الاعتراف بأي خصائص بدنية أو شخصية قد ورثوها من آبائهم الحقيقيين، وحتى لو كان آباؤهم الحقيقيون متعسفين جداً، فإن رؤية صور لهم أو رؤيتهم مرة عندما كانوا في أواخر مراهقتهم يمكن أن يساعد الشخص الصغير على فهم من أي مصدر جاء بشكله البدني وسلوكياته المختلفة.

الأمور الهامة والعمل العلاجي مع الآباء بالرعاية أو الآباء بالتبني (Issues and therapeutic work with foster or adoptive parents):

قد يكون هناك تضارب في الآراء والأمور المتعقلة بالأطفال المُعتنى بهم مثل التعليم، والتي قد لا تلبي حاجات الطفل في نظر المتخصصين أو الآباء بالرعاية ومع ذلك فإن الأب القانوني هو السلطة المحلية وأخصائي الخدمة الاجتماعية «في محل الأب» بالنسبة للطفل قد يكون معارضاً لممارسة الضغط على السلطة المحلية، أو مقاضاتها حيث إنها مقر عمل الأخصائي الاجتماعي الوحيد، وقد يحتاج فريق الصحة النفسية للطفل للعمل بجدية لتشجيع دائرة التعليم المحلية للقيام بإجراء تقدير كافي، بل والمزيد لتقديم تعليم كافي لتلبية الاحتياجات الخاصة.

وقد يحدث التباس حول ما إذا كان يجب معاملة الآباء بالرعاية كآباء أو كأخصائيين مساعدين، وقد يكون هناك جدل حول ما يجب كشفه لهم فالآباء بالتبني قد يعتقدون أن الحب سيتغلب على كل شيء ولكن قد يبدو بشدة أن هذا ليس صحيحاً إذ قد يفشل الطفل في التحسن بسبب صعوبات موروثة أو جروح نفسية غائرة من تعسف طويل المدى، وهذا قد يتعقد بعدم إبلاغ الآباء التبني بالقسوة الحقيقية في حياتهم السابقة وجعلهم يصدقون أن عليهم أن يكونوا ممتنين

وشاكرين لحصولهم على طفل، وقد تتضاعف المشكلة أكثر بمنع الأخصائي الاجتماعي من الوقوف على الحالة المرضية النفسية للطفل، والتكهن المحتمل طويل المدى، إن الآباء بالتبني قد يصادفهم صعوبة حب الطفل بالتبني والارتباط به وقد يحتاجون لعمل يساعدهم على تفهم أن هذه الأمور قد تأخذ وقتاً طويلاً للتطور. إن الإرشاد قد يتم الاحتياج إليه في مساعدة الآباء بالرعاية أو بالتبني بشرح الحالة الحقيقية للأمور أمام الشخص الصغير في مصطلحات ملائمة للسن وتخصيص دفتر قصصي للشخص الصغير وبذلك يستطيع أن يكمل فهم شخصيته.

إن حوالي (10٪) من مراحل التبني المتأخرة (أي طفل يزيد عمره عن 5 سنوات في الانضمام للأسرة)، ونسبة عالية من الموضوعين في أماكن الرعاية تضطرب عندما يشعر الأب بالرعاية، أو بالتبني أنه لا يمكنه أن يستمر في رعاية الطفل وتبين لنا الأبحاث ثلاثة عوامل مهمة في تحديد التمزق:

(1) عدم إلمام مقدم الرعاية بكيفية معاملة الطفل.

(2) وجود مشكلات سلوكية هامة لدي الطفل والمدى الذي يتفق فيه مقدم الرعاية مع الطفل؛ أي المدى الذي يشعر به الآباء الجدد بأن الطفل منسجم تماماً معهم ومحبوباً منهم، أما الأطفال الذين تم اتخاذهم ككبش فداء أكثر من أشقائهم في عائلتهم الحقيقية، وقد يكونون عرضة خاصة لأوضاع التمزق.

(3) تعرض برامج التدريب الأبوي مدخل منطقي يساعد مقدمي الرعاية والآباء بالتبني حيث قد ظهر أنهم يحسنون السببين الرئيسيين لتمزق الثقة الأبوية في سياسة الطفل ومستوى المشكلات السلوكية للطفل.

التدخلات النوعية (Specific interventions):

إن الرعاية القائمة على السلوك وتدريباتها يمكن أن تحسن المهارة التي بها يتعامل الآباء بالتبني بالرعاية مع الأولاد، وتزيد من استقرار الأوضاع، وتؤدي إلى رضا كامل للأب بالرعاية والأب بالتبني. ويوجد دليل على أن هذه التدريبات فعالة بالإضافة إلى أنه من المهم جداً التأكيد على أن الطفل لديه تعليم كافي وهناك نسبة كبيرة من الأطفال محل الرعاية لا يدخلون المدرسة ولا يحصلون على تعليم كامل،

وعندما يوضعون في المدرسة تبذل ضغوط على المدرسة لقبولهم ضمن إعانة اجتماعية؛ ولذلك قد يتم وضعهم في فصل كبير بدون تزويدهم بإمدادات بالتعليم الخاص الذي يحتاجونه، وإن تقديرهم للذات يعاني نتيجة لذلك، وبالنسبة لمخاطبة قصور الطفل فمن الحاسم تشجيع مواطن القوة لديه مثلاً الإقدام في الرياضة، مثل كرة القدم، تطوير الهوايات، الاهتمام بالحيوانات، الغناء، أي شيء آخر وقد تتخذ مواطن القوة هذه أهمية خاصة عندما يكون هناك استقرار قليل في الأيام السابقة للرعاية في علاقات الطفل.

وبالنسبة للأطفال والصغار الذين يعانون من تبعات الوضع المتمزق لأن الآباء بالرعاية قد وجدوهم شديدي التحدي، فإن رعاية المتخصصين قد يشار إليها وهناك أشكال مختلفة من الرعاية العلاجية وواحد من أفضل طرق هذه الرعاية العلاجية متعددة الأبعاد يشمل دفع مرتب جيد للآباء بالرعاية الذين يتخذون طفلاً واحداً كوظيفة كاملة والآباء بالرعاية يراقبون الطفل عن كثب، وبالتالي فلا يوجد لديهم فرصة للانخراط في أنشطة مدمرة أو معادية للمجتمع مثل تعاطي المخدرات أو الجنس، ويتم تشجيعهم باستمرار على كل الإنجازات ويكونون مسؤولين عن الشخص الصغير، وهذا يحتمل أن يكون في تناقض واضح مع التغذية الراجعة السلبية والنقد الذي لاقوه ولكن لأن الاعتماد الاجتماعي غالباً ما يكون أقل فاعلية في هؤلاء الصغار «والذين لهم كل الحق ليتشككوا في البالغين»، فإن المكافآت العملية في شكل نقاط (Points) تُعطى لهم أيضاً، ويتم استبدال هذه على أساس يومي بامتيازات مثل مشاهدة المزيد من التلفاز والمحادثة التليفونية مع الأصدقاء ومكافآت تحفز الطفل.

ويتم دعم آباء الرعاية بمحادثات تليفونية يومية ولقاءات أسبوعية مع آباء بالرعاية آخرين ومتخصصين آخرين، وهناك أخصائي علاج شخصي منفصل للشخص الصغير معالج يعمل مع العائلة الحقيقية «حتى عندما لا يكون هناك أمل للرجوع للبيت وهناك حتماً مسائل تتطلب حلولاً مثل ما يحدث خلال زيارات الطفل لهم » ويعمل مدرب المهارات على مساعدة الصغير على أن يتعلم وأن يتصرف بشكل مناسب عندما يكون في الخارج مع الجماعة. وفي أمريكا أثبت هذا المدخل فاعلية مع المرضى النفسيين المحجوزين، والذين تم إطلاق سراحهم ومع الصغار

المعادين للمجتمع، كما تم تقديم هذا المدخل للصغار في دور الرعاية في إنجلترا حتى تكون التجربة إيجابية ويمكن تقدير فاعليتها.

مسائل تحكم اختيار الآباء بالتبني
(Issues in selecting adoptive parents):

يكون ذلك أصعب من اختيار الآباء بالرعاية حيث إنه في غالبية الأحوال لن يوجد دليل على مهارات الآباء بالتبني المحتملين في ممارسة الأبوية لعجزهم عن إنجاب أطفال.

ويقترح البحث الحديث أنهم لو كانوا غير واقعيين أو غير عمليين في منظورهم الخاص للعلاقات، كما يتحدد من مقابلة ارتباط البالغين انظر فصل (28) فهذا ينبئ عن مآل سيء فور وضع الأطفال، مع فرصة متزايدة للتمزق وبالمثل فمن الهام تحديد مدى نظام الدعم والوثوق به في العلاقات المتاحة للآباء بالتبني حيث إن الوضع سيمثل ـ لا محالة ـ ضغطاً هائلاً.

الآباء البيولوجيون الطبيعيون يجدون تربية طفل واحد عبئاً، ومع ذلك فقد لا يمتلك الآباء بالتبني الفرصة ليتعلموا «عملياً» وربما يتبنون طفلين في منتصف الطفولة ويكون لديهم مشكلات سلوكية هائلة.

وبينما يستطيع الآباء بلا زواج والأمهات بلا زواج أن يصنعوا من أنفسهم آباء وأمهات بالرعاية أو بالتبني بشكل جيد، فمن المنطقي أن يتزودوا بالدعم الجيد والقريب إذ أن الوظيفة لها متطلباتها القاسية.

الفصل التاسع والثلاثون

تنظيم الخدمات

Organisation of Services

تخيل أنك مسؤول عن رسم خطة لخدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين في منطقتك ووفقاً للدولة التي تأتي منها فقد تكون قد كلفت بهذا نيابة عن الحكومة، أو منظمة المحافظة على الصحة أو من هيئة خيرية دولية. ماذا ستفعل؟ إن هذا الفصل لا يمكن أن يخبرك بالإجابة الصحيحة الفريدة لأن الإجابة تعتمد جزئياً على الظروف المحلية وجزئياً؛ لأنه ربما تكون هناك إجابات عديدة وجيهة وليس إجابة صحيحة واحدة. إن ما يفعله هذا الفصل هو إدخالك للنقاط الأساسية التي تحتاجها لرسم خطتك.

لماذا الخطة على أية حال؟
(Why plan at all?):

إن الخطة الجيدة أفضل من الخطة الرديئة، لكن هل هي أفضل من ترك تطوير الخدمات لقوى السوق؟ وفيما يتعلق بتزويد المواطن بالسلع الاستهلاكية فإن اقتصاديات السوق الحر قد فاقت في الإنجاز الاقتصاديات الموجهة على الأقل بلغة الكمية والاختيار. فهل يمكن لليد الخفية للسوق الحر أن تنجز بشكل حسن في مجال خدمات الصحة النفسية للطفل؟

وبالنسبة لبعض العائلات جيدة التعليم والثرية فإن السوق الحر قد يقدم خدمة جيدة، وبالنسبة للمجتمع ككل سيكون من الخطأ ترك الرعاية الصحية العقلية والنفسية للطفل للسوق الحر دون تخطيط أو اشتراك حكومي وها هي بعض الدواعي (الأسباب):

1 ـ تحسن العائلات التسوق طلباً للتفاح أو الأحذية لأنهم يعرفون ما يريدون ويحكمون على ما يحصلون عليه، وبالقياس فلو أصبح المراهق مكتئباً فكيف للعائلة أن تعرف إذا ما كانت تسعى للتحليل النفسي أو لعلاج السلوك المعرفي أو لعلاج بالأعشاب، أو لعلاج بين الأشخاص أو الأدوية أو العلاج الأسري أو أي شيء من هذا القبيل؟ وحتى لو كانوا يعرفون فكيف يعرفون المعالج الجيد من الرديء. إن المعلومات الناقصة هي حاجز كبير للتشغيل الفعال لقوى السوق، فعلى سبيل المثال قد يكون للمستشفيات الخاصة اهتمام بإقناع العائلات باستخدام رعاية المرضى الداخليين عندما يكون علاج المرضى الخارجيين أرخص وأكثر فاعلية.

2 ـ باستثناء المدن الكبرى فقد يكون للمتخصصين احتكارات محلية وهذا قد يدفعهم إلى المغالاة في الأسعار وبالتالي يدمر فاعلية السوق الحر.

3 ـ يتم توزيع الخدمات الخاصة بشكل غير موزون عبر الدولة ويكون مركز في المناطق الغنية ولاسيما في المدن الكبيرة، وإن الاعتماد المطلق على قوى السوق الحر سيترك بعض المناطق عديمة الخدمات.

4 ـ بالنسبة للعائلات منخفضة الدخل فإن تكلفة العلاج الطويل أو حجز المريض داخل المستشفى ستكون مرتفعة بشكل رهيب، وحتى استشارة الطبيب الخارجي القصيرة غير مقدور عليها، وحيث إن الفقر عامل خطورة قوي في مشكلات الطفل النفسية في عدة دول، فإن الاعتماد المقتصر على السوق الحر سوف يحرم الأطفال المحرومين تماماً من المساعدة التي يحتاجونها.

5 ـ حتى عندما يكون الآباء أغنياءً بما يكفي وقادرين على المساعدة الخاصة عند حدوث مشكلات الصحة العقلية أو النفسية لأطفالهم فقد يفضلون إنفاق أموالهم على أشياء أخرى، وبعض عوامل الاختطار للاضطرابات النفسية للطفل تتمثل في، نقص الاهتمام به أو العدوانية نحوه مما سوف يقلل رغبة الآباء في دفع الأذى.

6 ـ إن الصحة العقلية ليست مسألة خاصة فالشخص قد يسرق أو يغتصب بمعرفة شخص، ما كان من الممكن تفادي سلوكه المعادي للمجتمع لو أمكن مد أسرته بالتدريب الأبوي الإداري، أو العلاج متعدد النظم. إن الرعاية الصحية هي ما يصفه الاقتصاديون بالحسنة الخيرة حيث إنه ليس الشخص فقط الذي يتلقى الرعاية الصحية هو المستفيد فهناك منافع واسعة للمجتمع ككل، وهذه الحسنات تكون مسلوبة بشكل خاص في السوق الحر ونفس الشيء يصح على المنع .

7 ـ إن العمل «المتصل» بين الصحة والخدمات الاجتماعية والتعليم هو جزء هام من علاج الأطفال ذوي الاضطرابات النفسية عاكساً العلاقة المعقدة بين مشكلات الصحة العقلية والمشكلات الاجتماعية ومشكلات التعلم. إن قوى السوق الحرة قد تطور التنافس بين المهنيين وبين الوكالات بالأحرى من التعاون.

ولهذه الأسباب وغيرها فلا يجب علي المجتمع أن يعتمد بشكل خاص على «اليد الخفية» للسوق الحرة لتقديم، وتخصيص الرعاية النفسية للطفل، ولتقديم الرعاية الصحية النفسية المثلى للطفل فإن السوق الحرة تحتاج إلى الاستكمال أو الاستبدال، ولكن ذلك سوف يحسن الأمور فقط لو تم تخطيط التدخلات تخطيطاً جيداً.

الشمولية (Inclusiveness):

من المفيد أحياناً أن نميز بين التقاليد المتركزة حول المريض والمتركزة حول السكان ضمن الرعاية الصحية، فمعظم الأطباء متأصلون بقوة في التقاليد الأولى إذ يركزون على تحسين صحة المرضى الذين يتلقون خدماتهم وبالتباين، فالنوع الثاني يركز على صحة السكان ككل بما فيها الأشخاص الذين لا يتلقون الخدمات.

إن منظور الصحة العامة يكون وثيق الصلة بالتخطيط. إن خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق قد تقدم أفضل علاج للأطفال المصابين بفرط الحركة وقلة

الانتباه (ADHD)، وقد يكون الأطباء العاملون في الخدمة فخورين بحق بمدى رضا العائلات، ولم تأخذ الخدمة مظهراً متركزاً حول السكان فقد لا يدركون مثلاً أنهم يقدمون هذه الخدمة الممتازة لمائة طفل فقط، بينما تشير البيانات الوبائية أنه يوجد حوالي 1000 طفل مصاب بفرط الحركة وقلة الانتباه (ADHD) في منطقتهم وماذا يحدث لـ 900 الباقين؟ ربما الجميع بخير: 600 يهتم بأمرهم أطباء الأسرة وأطباء الأطفال بينما 300 أسرة اتخذت اختياراً حسناً في ألا يسعون للعلاج، وفي معظم أنحاء العالم نجد أن الحقيقة أقل إقناعاً. فإن معظم الأطفال المفقودين الباقين يعتبرون كسالى وأغبياء، أو أشقياء وحتى عندما يكون الآباء والمدرسون لديهم حالات فرط الحركة و قلة الانتباه (ADHD) مشكوك فيها فهم لا يعرفون كيف يقدرون ويعالجون الأطفال بمعرفة الخبراء، وهناك مسح بريطاني حديث أجري على عينة كبيرة وممثلة من الأطفال ذوي الاضطرابات النفسية (انظر شكل 1-3) حيث وجد أن ربع هؤلاء الأطفال فقط قد تم فحصهم من قِبل خبراء صحة عقلية متخصصين على مدى الثلاثة أعوام التالية، وبالرغم من أن بعضاً من الباقين قد رآهم خبراء خدمة تربوية أو أطباء للأطفال فإن نصف الأطفال فقط الذين عانوا من الاضطرابات قد تلقوا مساعدة ما على فترة الثلاثة أعوام كلها وهذه نسبة منخفضة للغاية ولا يوجد تبرير لإهمال حاجات الأطفال ذوي الاضطرابات المزمنة القابلة للعلاج والتي تدمر بشدة جودة حياتهم الحاضرة والمستقبلية.

وعند تخطيط الخدمات من الهام أن نهدف إلى الشمولية والعمومية: تلبية كافة الاحتياجات الصحية النفسية للأطفال في منطقة الخدمة سواء استخدموا حالياً هذه الخدمة أم لا، ولا يجب استبعاد الأطفال بسبب جنسهم، ولاعرقهم، ولا الطبقة الاجتماعية، ولا العجز البدني، أو المستوى الفكري فحواجز مختلفة قد تجعل الخدمات من الصعب الوصول إليها أو غير مقبولة ولكي تكون الخدمة مقبولة عند العائلات، فعلى مقدمي الإحالة أن يعرفوا أن الخدمة متوفرة ويعرفون القائمين على الخدمة، ويجب أن يكونوا قادرين على الوصول إليها «وعليه فالموقع مهم، وكذلك إتاحة المواصلات العامة». إن التواصل يتكامل عندما تكون الخدمات متاحة في غير

الوقت الرسمي من 9 صباحاً إلى 5 مساءً أي عندما يكون هناك دار حضانة للأشقاء ويجب ألا يكون الانتظار للمقابلة طويلاً، وينبغي أن تتوافر بعض الترتيبات بالضرورة للاستجابة السريعة للأزمات، وتهدف بعض الخدمات إلى إجراء التقييم المبدئي بسرعة في كل الحالات بالرغم من أنه قد يكون هناك قائمة انتظار للعلاج غير العاجل، إن قبول خدمة الأسر يتأثر كذلك باتجاهات الفريق المهني والحالة الفيزيقية للمبنى.

الحدود الفاصلة (Clearly defined boundaries):

تقصر الكثير من الخدمات علي منطقة خدمة جغرافية محددة وضمن هذه المنطقة من الهام أن تقرر أي اضطراب هو مصدر قلق الخدمات الصحية النفسية، وعلى سبيل المثال فهل الخدمات الصحية النفسية للأطفال والمراهقين تكون مشتركة في تقييم وعلاج تلجلج، والبدانة، والتبول اللاإرادي أو عسر الكلام؟ أحياناً سيكون هناك ضغط لفعل ذلك خاصة إن لم توجد خدمة أخرى لهؤلاء الأطفال، وإن ثمن فعل ذلك قد يكون أن الحالة حينئذ يجب أن تحول للتقييم والعلاج ثانية من المشكلات الصحية النفسية الأساسية مثل فقدان الشهية العصبي أو عرض الوسواس القهري.

وإحدى مناطق الجدل هو المدى الذي يجب أن تشارك به خدمات الصحة النفسية في تقدير وعلاج اضطرابات السلوك الخاصة بالجنوح والتحدي، وهذه الاضطرابات شائعة بلا شك وعنيفة ومكلفة للمجتمع وهناك علاجات تقوم على الأدلة (انظر فصل 6) وبوضوح فهذه الاضطرابات تحتاج لتحديد نوعها والعلاج اللازم لها، والسؤال هو هل يجب فعل ذلك بالصحة أو التعليم أو الخدمات الاجتماعية أو القطاع التطوعي أو كل ما سبق؟! وحالياً فإن اضطرابات سلوك المقاومة والتحدي تحتل نصف عمل خدمات الصحة النفسية، وميزة ذلك أن هؤلاء الأطفال ينالون المساعدة التي قد لا تكون متاحة، والعيب قد يكون الإنكار النسبي للاضطرابات الأخرى والتي تتطلب خدمات صحة نفسية، والتي لا يمكن الحصول

عليها من التعليم أو الخدمات الاجتماعية أو أي هيئة أخرى وبعض خدمات الصحة النفسية المحملة بالأعباء قد استجابت بإسقاط اضطرابات السلوك الخاص بالمقاومة والتحدي من جدولها لكي تركز على مشكلات الصحة النفسية الأساسية، ثم وضعت استجابة ملائمة بتعيين شخص ما ليتولى المسؤولية عن إدارة مشكلات السلوك.

إن حدود السن قد تكون مفيدة كذلك فعند نقطة ما تفسح خدمات الطفل والمراهق الطريق لخدمات البالغ «بآليات انتقال جيدة» فهل يجب أن يحدث هذا الانتقال في سن 14 أو 16 أو 18 أو وفقاً للقضاء الإكلينيكي؟ إن ميزة الأخير هي أن مراهق في سن 17 غير ناضج لا يزال في المدرسة يتم إمداده بشكل جيد بخدمات المراهقين، بينما مراهق ابن 16 سنة وناضج قد ترك المدرسة قد يتم العناية به بشكل جيد بخدمات البالغين، ومن الناحية الأخرى فحد السن المائع قد يجعل الأمر صعباً عند تخصيص اعتمادات بين الخدمات، أما المراهقون الأكبر فهم أكثر عرضة من الأطفال الصغار للإصابة بأمراض عقلية وخيمة تتطلب دخول مستشفى لمدة طويلة أو متكررة، وعليه فمد الخدمة من صفر إلى 15 سنة لتشمل الأرقام الجوهرية من 16-18 سنة قد يضاعف التكاليف الكلية المزدوجة.

وهذا رائع لو كانت الاعتمادات الإضافية متاحة، ولكن ستكون كارثة لو كانت تستعين بالاعتمادات المخصصة لعلاج من هم دون سن الـ 16 سنة.

الموازنات المستحقة للصغار

(Budgets that are fair to the young) :

ينفق العالم مزيداً من المال على الخدمات الصحية النفسية لكل مليون بالغ من الناس عنه على الخدمات الصحية العقلية لكل مليون طفل ومراهق من الناس وفي بريطانيا، فإن الإنفاق على الصحة العقلية بالنسبة لكل فرد من البالغين يزيد عن 5أضعاف الإنفاق على الأطفال، وليس هذا لأن مشكلات الصحة العقلية

للأطفال تكون نادرة وكما وضحنا في (الفصل3) أو في مكان آخر فإن مشكلات الصحة العقلية للطفل شائعة جداً ولها تأثير فوري ومتأخر وعلى المدى القصير. إن هذه المشكلات تزعج الأطفال وقد تضع عبئاً كبيراً على الآباء والأشقاء والمعلمين والزملاء وعلى المدى الطويل، فإن الفشل في منع أو علاج المشكلات الصحية العقلية للطفل تؤدي إلى مزيد من الجريمة وإدمان المخدرات واضطراب نفسي للبالغين وفشل دراسي وبطالة وصفة أبوية سيئة.

وحيث إن الأطفال هم البالغون في المستقبل فهناك نقطة تستحق الدراسة والإنفاق بغزارة ولابد من الاهتمام بالصحة النفسية لهم قبل حدوث الضرر الدائم. يؤكد سبب قوى لإنهاء الإنفاق الضعيف الحالي على الصحة العقلية للأطفال والمراهقين وفي الوقت نفسه من الهام أن نتذكر أن الإنفاق على الصحة النفسية لا يضمن بذاته صحة عقلية أفضل، فشراء المزيد من الشيء الخطأ لن يجدي، وهذه هي الرسالة الأساسية لمشروع فورت براج (Fort Bragg) الذي تكلف 80 مليون دولار واستمر خمس سنوات لتنفيذه. إن التقييم قارن الرعاية الصحية العقلية للطفل والمراهق بتجربة أخرى تم تمويلها بغزارة. وزودتنا بخدمة متكاملة ومقبولة حيث كان مسموحاً للأطباء ليفعلوا ما اعتقدوا أنه الأفضل بدون تفكير في التكلفة، إن تكلفة علاج الحالة قد تضاعفت تقريباً، وكانت العائلات أكثر اقتناعاً لكن لم يكن هناك تغيير واضح في الناتج حيث تقدم الأولاد والمراهقون للأفضل بنفس المعدل، واستنتج فريق البحث أنه من السابق لأوانه التركيز على تمويل وتنظيم الخدمات بدون التأكد من تقديم خدمات علاجية فعالة، فالمزيد مما لا تحتاجه لن يجعلك أفضل.

الخدمة عالية الجودة (High quality provision):

إن الدعامتين الأساسيتين لخدمات الجودة هي التقدير الدقيق والعلاج المبني على الأدلة وهذه المواضيع الأساسية هي أساس بقية الكتاب لكن بعض خدمات

الصحة العقلية كانت بطيئة في استخدام ذلك، وعندما توجد علاجات مثبتة ومتاحة فليس له أي معنى إنكار هذه تفضيلاً لعلاجات أخرى أنها غير فعالة تماماً أو علاجات لم يتم تقييمها بعد، ولا يعد ذلك هدراً، ولكنه غير أخلاقي لأنه يعتبر حرمان الأطفال من علاجات فعالة؛ مما ينتج عنه عذاب لا مبرر له على المدى القصير، وفضلاً عن أنه قد يسبب تلف دائم على المدى الطويل ولا بد من وضع الآليات التي تعمل على استخدام الخدمات للعلاجات و منعها من الاستمرار في علاجات أخرى لا فعالية لها.

إتاحة القيمة مقابل مال (providing value for money):

إن احتياجات الصحة النفسية للطفل كثيرة، ولكن الميزانيات محدودة حتى لو كان تخصيص المال لخدمات الصحة النفسية والعقلية للأطفال أكثر عدلاً فسيكون من المستحيل أن تفعل به كل شيء، ومع ذلك من الممكن أن تفعل المزيد بميزانية محددة عندما تبقى التكاليف منخفضة بدون استهلاك مدمر، وهنا بعض طرق تقديم القيمة مقابل المال:

1 ـ ***توفير بعض المساعدات المجانية*** أو شرائها بتكلفة منخفضة بمعرفة العائلات أنفسهم وسيكون من الملائم تشجيع العائلات باستخدام كتب المساعدة الذاتية، ومواقع الإنترنت والتي يمكن تحديدها عن طريق (www.YOUTHINMIND.net) وبعض هذه الوسائل ممتاز، أما بالنسبة للمشكلات المعتدلة والأسر الغنية فقد يكون كل ما تحتاج إليه هو خطوط المساعدة التليفونية كما أن منظمات الآباء والمنظمات التطوعية قد تكون مفيدة جداً والتجارب المضبوطة العشوائية تشير إلى أن أساليب المساعدة الذاتية للآباء لاستخدام الكتب هي أساليب فعالة.

2 ـ ***تقديم المساعدة في الجو الأكثر استثماراً للتكلفة،*** فالخدمات المستخدمة لتحسين الصحة العقلية للطفل يمكن أن تكون مقدمة بشكل مناسب، واقتصادي خارج

بيئة الصحة العقلية المتخصصة، فعلى سبيل المثال قد يكون من الأرخص والملائم لعائلات لو كان أطباء الأسرة وأخصائي الأطفال لديهم المهارات لوصف المحفزات لكل حالات فرط الحركة و قلة الانتباه (ADHD) عدا المعقد أو المقاوم للعلاج منها، وبالمثل لو كان إيذاء الأقران والاستئساد يمثل نسبة كبيرة من خدمات الصحة العقلية للطفل وتقتضي بذل وقت أطول في علاج الاضطرابات المتعلقة بالضغوط والناتجة عنه، فمن الأرخص والأفضل أن يكون الاستثمار الأعظم في برامج قائمة على المدرسة لتقليل الاستئساد والفتونة؛ ولتسهيل هذا النوع من العمل فإن خبراء الصحة النفسية للطفل يمكن أن يساهموا في تدريب المعلمين، وأطباء الأطفال وأخصائي الخدمة الاجتماعية والخبراء الآخرين أن يعملوا جنباً إلى جنب معهم في المدارس وعيادات الأطفال ودور الرعاية، وأي مناخ آخر ومع ذلك فخطرالإصابة موحد، وتوجد احتياجات متزايدة لأهمية استخدام الأخصائيين المهرة والمدربين جيداً للحصول على تأثير علاجي ناجح. وهناك مخططات إبداعية كثيرة لنشر المهارات لكن كلاً من هذه الجهود في حاجة إلى التقييم بلغة التكلفة والفاعلية قبل اتخاذها وتبنيها.

3 ـ ***تحسين التوليفة المهارية***. إن التخصص وتقسيم العمل يمكن أن يحسن الإنتاج إن ذلك يعتمد على حجم فريق الصحة العقلية، فكلما قل الفريق كلما قل الفراغ الموجود في التخصص، فلو كان الفريق كبيراً بما يكفي لدعم التخصص فإن ذلك سيكون مضيعة للمال، ولكي لا تقع في هذه المشكلة تخيل فريقاً أعضائه كلهم من الأطباء النفسانيين أنه سيكون أكثر تكلفة بالتأكيد من فريق مختلط من المحللين النفسانيين والأخصائيين، وقد لا يعطينا كذلك جودة العلاجات النفسية أيضاً فالأطباء عادة أكثر أعضاء الفريق تكلفة، ويجب استخدامهم بتقطير لتأدية الوظائف التي يستطيعون عملها أفضل (مثل التقييم الطبي، العلاج الدوائي، أو خليط متكامل من العلاج الدوائي والنفسي). واستخدام الأطباء لتقديم علاجات نفسية عندما لا يوجد مكون طبي سيكون نادراً، فلابد من الاستخدام الأمثل للموارد، وتوضع اعتبارات مشابهة للأخصائيين الآخرين بما فيهم الأخصائيين

النفسيين والممرضات معالجي الأسرة. هل مهارتهم الفريدة يتم استخدامها بشكل مناسب ؟هل أجزاء من وظيفته أو وظيفتها يمكن أداؤها بشكل جيد بمعرفة شكل آخر يكلف أقل؟ إن استخدام فريق مؤهل بدرجة عالية للمهام البسيطة يكون مضيعة للمال الممكن استخدامه في علاج مزيد من الأطفال، وبالمثل فالاستخدام ناقص الكفاءة يقلل فاعلية التكلفة، ويؤذي الأطفال فالعلاج ضعيف الجودة يدمر الفاعلية. وربما تكون فكرة جيدة أن يكون لدينا حالات بسيطة يعالجها الفريق الأرخص مع تدريب أقل تكلفة لكن من الحاسم أن يكون هناك مراقبة وإشراف من قبل الفريق الأكثر خبرة.

4 ـ ***مدخل زيادة الخدمات.*** قد لا يحتاج الأطفال من ذوي المشكلات المعتدلة إلى تشخيص وعلاج معقد، فالتقديم المختصر والعلاج الموحد قد يكون كل ما هو مطلوب، وإن لم يؤد المدخل البسيط نجاحاً فقد يكون من المناسب أن تتحرك لتقدير متعدد النظم مفصل وتوليفة علاجية مطولة، ومن الناحية الأخرى فإذا أوضح الطبيب القائم بتحويل المريض من البداية أن المريض مصاب باضطراب معقد ومحير ويحتاج لتقييم متعدد النظم، فإنه سيعمل على هدر الموارد. إن تقديم تقييم موحد أولاً له مدى مرن من الاختبارات سيكون أكثر فاعلية من طريقة استعمال (مقاس موحد يلائم الجميع)، وقد يكون من المساعد أن يكون لدينا تسلسل هرمي من الخدمات

أ ـ الغالبية العظمى من الأولاد يعانون من المشكلات المعتدلة، ولذلك فإن التقدير والعلاج يمكن أن يقدم بمعرفة أخصائيي صحة عقلية للطفل يعملون في المدارس ومراكز الصحة الأساسية، ويحتاج الأخصائيون إلى تدريب واسع يسمح لهم بتقديم علاجات بسيطة لمدى واسع من المشكلات.

ب ـ يتم إحالة الأطفال الذين لا يستجيبون للطرق البسيطة لأخصائي منطقة وخدماتها، وقد يُحال الأطفال ذوو المشكلات الشديدة مباشرة لخدمات الصحة العقلية، حيث يتم تقديم الخدمات بمعرفة أخصائيين مدربين، وتتوفر مساحة للتخصص وتوليفة مرنة من عمل فريقي موحد.

ج ـ يتم إحاطة عدد أقل من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نادرة وصعب علاجها بخدمات محلية، أو وطنية متخصصة جداً كمرضى خارجيين أو داخل المستشفى.

مثال جيد لمدخل زيادة الخدمات هو برنامج تعليم الآباء حيث يشتمل «المستوى الاول» على تقديم معلومات أبوية وثيقة عالمياً من خلال برامج التلفاز والراديو، أما «المستوى الثاني»، فيتألف من إستشارتين مدة كل منهما 20 دقيقة بمعرفة أخصائي رعاية صحية أولية يستخدم كتيب للتعامل مع المشكلات السلوكية المعزولة، أما «المستوى الثالث» فيشمل أربع جلسات كل منها 40 دقيقة يتناول فيها المشكلات ذات المدى الأبعد والتي يقدمها ممارس أكثر خبرة ، ثم «المستوى الرابع» وهو برنامج لمدة ساعتين كل أسبوع يدوم لفترة عشرة أسابيع يديره ممارس صحة نفسية مؤهل. والمرضى الذين لا يستجيبون للمراحل الأربع يتم تحويلهم، أما «المستوى الخامس» والذي يشمل ثمانية أسابيع أخرى للعمل العائلي المكثف.

5 ـ الوقاية أم العلاج؟ إن الوقاية هي اختيار جذاب فالمخططون غالباً ما يفترضون أن إنفاق المال على الوقاية محتم أن يكون ذا قيمة أفضل من إنفاق المال على العلاج ولكن هذا ليس بالضرورة صحيحاً، فبعض المداخل الوقائية ليست فعالة بصفة خاصة (انظر فصل 36)، ففي بعض الحالات يكون من المجدي اقتصادياً أن تستثمر المال في الوقاية ولكن حالات أخرى من الأفضل أن تستثمر الموارد في الاكتشاف المبكر والعلاج الفعال.

6 ـ وسائل موفرة للجهد. إن التشخيص والعلاج في الصحة النفسية يحتاج إلى جهد مكثف جداً، وهناك مساحة لاستخدام تكنولوجيا الكمبيوتر لتحسين الإنتاج والحفاظ على الجودة وهناك عدد متزايد من المكانات المتاحة للتقييم والعلاج بمساعدة الكمبيوتر والهدف العام هو أن يقوم الحاسب الآلي بالعمل الروتيني ويتفرغ الأخصائيون للقيام بالأجزاء الشيقة والإبداعية. فمثلاً مقابلات الكمبيوتر تسأل كل الأسئلة الروتينية، وعلى هذا النحو تحدد مناطق الاهتمام المطلوب

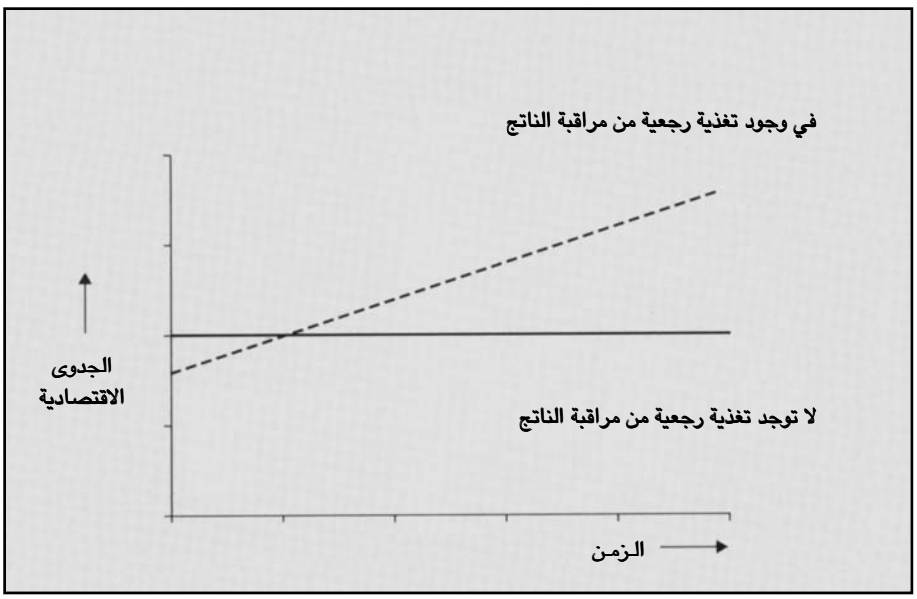
فحصها بالتفصيل بمعرفة أخصائي الصحة العقلية على سبيل المثال مثلاً (WWW.dawba.com/f1.html)، وفي الواقع يمكن للكمبيوتر أن يقوم بكثير من العمل الممل الذي يقوم به الفريق الثانوي الأقل في الأجر ويقوم به جيداً وبتكلفة أقل.

7 ـ ***إعطاء الأولوية للعلاجات الأكثر فاعلية*** ذات الجدوى الاقتصادية، وبالرغم من الطرق الموصوفة سابقاً كان من المتعذر تلبية كل حاجات الصحة العقلية للطفل في وجود الميزانية المتاحة حينئذ سيكون الإمداد محدوداً ويُعطى بتروي. والحاجة للتدبير مُعترف بها جداً في كل مجالات الرعاية الصحية حيث إن هناك اتفاقاً عاماً على أن الحاجات والرغبات لابد وأن تفوق الموارد المخصصة لتلبيتها، فلو كان التدبير ضرورياً فإن أحد الحلول يكون التركيز على العلاجات الفعالة عالية الجدوي اقتصادياً حيث إن فعل ذلك يعود بالنفع الأعظم من الموارد المتاحة، وربما يجادل الآخرون بأن هذا ليس أعدل المداخل للتدبير حيث قد ينجم عنه أن بعض الأشخاص المصابين لا يحصلون على أي علاج على الإطلاق، «والذين يعانون من اضطرابات فتكون علاجاتها الوحيدة تلك التي جدواها الاقتصادية منخفضة»، وبذلك ينال الذين يعانون من اضطرابات خفيفة سهلة العلاج مزيداً من العلاج مقارنة بأشخاص اضطراباتهم خطيرة وعلاجها صعب.

التطور المؤسس (Built-in improvement):

من الهام تصميم الخدمات بحيث تتحسن مع الوقت، واثنان من الطرق الرئيسية للقيام بذلك هما: برامج «التطوير المهني المستمر» للفريق ومراقبة الإنتاج الروتيني، فكل الأخصائيين بحاجة إلى إلزام أنفسهم لتعلم مدى الحياة والخدمات تحتاج لتسهيل ذلك. فضلاً عن حاجة الخدمات لمراقبة مدى تحسن الأطفال المعالجين كنتيجة لذلك، وهذا لا يحتاج أن يكلف كثيراً ـ فالاستبيانات المعيارية التي

يقوم الآباء والمعلمون والصغار باستيفائها تكون دائما كافية، وهذه التقارير الخاصة بالمريض تكمل تقييم الطبيب ودرجة تحسن المريض كما تكون أقل عرضة للانحياز والتعرض، وخلال مراقبة الإنتاج الروتيني يظهر من هم الأكثر استفادة من الخدمات ومن هم الأقل، وهذا قد يؤدي إلى التركيز أكثر وأكثر على ما يفعلونه بشكل أفضل أو قد يؤدي لاستحداث مداخل جديدة لمعالجة أنواع من المشكلات لم تستجب جيداً في السابق، على أي الأحوال تتغير الممارسة حسب مراقبة النتائج؛ مما يزيد من احتمالات تعاظم الخير العام الناتج عن الخدمة في كل عام مقارنة بماسبق (إنها القدرة على التغيير)، والتي تبرر استثمار موارد محدودة في مراقبة الناتج (انظر الشكل 39-1)، وبالرغم من أن الخدمة يمكن أن توفر المال في وقت قصير عندما لا تراقب الناتج، وبالتالي تسمح بمعالجة المزيد من الأطفال إلا أنها تفقد الفرص للتحسن على المدى الطويل.



الشكل رقم (39-1): إن الناتج النظامي ومراقبته يزيد من التكاليف على المدى القصير لكن يحبذ زيادة ونمو الفاعلية على المدى الطويل

الباب الخامس

أسئلة متعددة الاختيارات وإجاباتها

Multiple Choice Questions and Answers

أسئلة متعددة الاختيارات

Multiple choice questions

1 ـ التقييم:

1-1: في عملية التقييم في الطب النفسي عند الأطفال:

أ ـ هناك مستوى منخفض من التوافق بين تقارير الوالدين والتقارير الذاتية فيما يتعلق بالأعراض الانفعالية للأطفال.

ب ـ إذا كانت الأعراض النفسية تسبب للطفل الكثير من الكرب، ولكنها لا تؤدي إلى خلل اجتماعي فلا يجب تشخيص الحالة على أنها اضطراب.

ج ـ من الممكن عادة التعرف على سبب الاضطرابات النفسية في الأطفال.

د ـ التعرف على نقاط القوة في الطفل والأسرة يكون مفيداً في التخطيط للمعالجة.

هـ ـ تختلف طريقة تفسير كل من الأسرة أو المهنيين للأعراض المرضية بصورة ملحوظة.

2-1: عند جمع المعلومات من المرضى:

أ ـ المقابلة المخططة تعطي المزيد من التفاصيل عن الأعراض المرضية للطفل أكثر من المقابلة شبه المخططة.

ب ـ الاستخبارات يمكن أن تكون أداة مفيدة للمسح.

ج ـ في حالة المقابلة شبه المخططة فإن وجود الأعراض يتم تقديره تبعاً للشروط التي يضعها المعالج وليس المريض.

د ـ التعرف على مواطن القوة في الطفل وعائلته مفيد في تخطيط العلاج.

هـ ـ تختلف التفسيرات عند كل من الأسر والمتخصصين اختلافاً جوهرياً.

3-1: فيما يتعلق بالمقابلات الفردية مع الأطفال:

أ ـ من الضروري التركيز مباشرة على المشكلات الانفعالية والسلوكية حتى لا يفقد الطفل الاهتمام.

ب ـ يمكن استخلاص القليل عند توجيه أسئلة مباشرة للأطفال أقل من سن العاشرة.

ج ـ نادراً ما يتطوع الأطفال بتقديم معلومات حول الوساوس المرضية، إلا بعد توجيه أسئلة مباشرة لهم.

د ـ تقدير الأطفال لعلاقاتهم بأقرانهم قد تختلف تماماً عن ما يدلي به الوالدان أو المعلمون.

هـ ـ قد يخشى الأطفال أن تكون معالجتهم عن طريق الحقن أو الدخول إلى الأقسام الداخلية للمستشفيات.

4-1: في حالة التقييم النفسي للطفل:

أ ـ المعلمون لا يعتبرون مصدراً موثوقاً به للمعلومات حول الخلل السلوكي.

ب ـ قد يُخطئ المعلمون فهم المشكلات التعليمية الخاصة على أنها فرط الحركة.

ج ـ يجب عمل فحص طبي لجميع الأطفال يتضمن قياس الطول والوزن وفحص القلب بالسماعة الطبية.

د ـ معظم التشوهات الجسدية لا يتم رصدها إلا عند فحص الطفل بعد خلع ملابسه.

هـ ـ الطفل الذي يعانى من النكوص وفقدان المهارات المكتسبة يجب إخضاعه للفحص الطبي للجهاز العصبي.

2 ـ التصنيف:

2-1: بالنسبة لما يتعلق بتصنيف مشكلات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين:

أ ـ اتباع المنظور التصنيفي في الغالب أفضل من أسلوب الأبعاد.

ب ـ المشكلات التي تحدث في البيت فقط أو التي تحدث في المدرسة فقط لا تعكس غالباً العوامل التكوينية مقارنة بالمشكلات التي تحدث في كلتا الحالتين.

ج ـ اضطراب العداء والتحدي يتم تصنيفه كاضطراب انفعالي بسبب ظهور تأثير الغضب.

د ـ على وجه التقريب فإن كل اضطرابات المراهقة يمكن وضعها في المجموعات الثلاث: الانفعالية والتخريبية والتطورية.

هـ ـ النسق الحالي في الطب النفسي للأطفال تميز بين الاضطرابات في الأغلب على أساس اختلاف الأعراض والعلامات المرضية وليس على أساس وجود أسباب مختلفة لها.

2-2: التصنيف الأمريكي (DSM-IV) والتصنيف العالمي العاشر (ICD-10) «نموذج الأبحاث»:

أ ـ يختلفان في بعض التفاصيل لكنهما يتشابهان في المنظور الكلي.

ب ـ يحتويان فقط على مجموعات تشخيصية بناءً على دراسات وبائية ومتعددة المجالات.

ج ـ يتم فيها استخدام محكات تشخيصية عملية.

د ـ تحتوي على مجموعات خاصة بالأطفال ممن لا توجد لحالتهم محكات تشخيصية عملية.

هـ ـ كثيراً ما يتم الحكم على وجود الاضطراب على أساس مستوى الكرب أو الخلل الاجتماعي كما يتم على أساس الأعراض المرضية.

3-2: في النظام متعدد المحاور للتصنيف الأمريكي (DSM-IV) والعالمي العاشر (ICD-10):

أ ـ الاضطراب السلوكي والانفعالي يتم وضعه في المحور الأول لكلا النظامين

ب ـ اضطراب القراءة أيضاً يوضع في المحور الأول في التصنيف العاشر (ICD-10)، لكنه ليس كذلك في التصنيف الأمريكي (DSM-IV).

ج ـ عجز التعلم العام واضطراب القراءة يتم وضعهما في محاور مختلفة في التصنيف الأمريكي (DSM-IV).

د ـ يحتوي التصنيف الأمريكي (DSM-IV) على محور مستقل يخص المستوى المرتفع من الأداء الوظيفي قبل المرض.

هـ ـ في كل من النظامين يوجد محور للمستوى الراهن من الخلل الاجتماعي والتوافق الوظيفي.

4-2: التحليل العاملي والكلي:

أ ـ يتعرف التحليل العاملي على الأبعاد.

ب ـ التحليل الكلي يصنف الخواص.

ج ـ يتم التعرف على عدد المجموعات من التقدير العام.

د ـ الحقائق التي تتعلق بنفس البعد لا تتوافق مع غيره.

هـ ـ نمط المجموعات قد يعتمد على الخواص التي يتم دراستها.

3 ـ الوبائيــات:

1-3: توضح الدراسات الوبائية الخاصة بالأطفال والمراهقين على وجه العموم ما يلي:

أ – 25-40٪ منهم لديهم اضطراب نفسي.

ب ـ يُعتبر اضطراب التوحد أحد أكثر الاضطرابات النفسية الشائعة في الأطفال.

ج ـ الأطفال الذين يعانون من اضطراب سلوكي فقط نادراً ما يصاحب ذلك وجود اضطرابات انفعالية لديهم.

د ـ معظم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية على اتصال بالخدمات المهنية للصحة النفسية.

هـ ـ أصبحت الاضطرابات النفسية أقل شيوعاً في العقود الزمنية الأخيرة.

2-3: هذه الحالات أكثر شيوعاً في البنات مقارنة بالأولاد:

أ ـ التبول اللاإرادي نهاراً.

ب ـ متلازمة فرط النشاط.

ج ـ تأخر الكلام.

د ـ القهم العصابي.

هـ–الانتحار المكتمل.

3-3: هذه الحالات أكثر حدوثاً في الأولاد عنها في البنات:

أ ـ الخوف المرضي من الحيوانات.

ب ـ رفض المدرسة.

جـ تناول جرعات زائدة في الأدوية.

د ـ الخرس الاختياري.

هـ ـ اضطراب السلوك.

4-3: الاضطرابات التي غالباً ما تحدث في المراهقة وليس في الطفولة تشمل ما يلي:

أـ التبول اللاإرادي.

ب ـ القهم العصابي.

ج ـ الاكتئاب.

د ـ التوحد.

هـ ـ الخرس الاختياري.

5-3: تدني المستوى الاجتماعي يكون مصحوباً بمعدلات عالية مما يلي:

أ ـ الغياب عن المدرسة.

ب ـ التوحد.

ج ـ عجز التعلم العام الخفيف.

د ـ رفض المدرسة.

هـ ـ جنوح المراهقين.

4 ـ اضطرابات طيف التوحد:

1-4: تتضمن الخصائص المميزة لحالة التوحد:

أ ـ سلوك تكراري وطقوس.

ب ـ مخاوف مرضية.

ج ـ إيذاء الذات.

د ـ نقص المهارات في التواصل.

هـ ـ انعدام الاهتمام والمهارة الاجتماعية.

2-4: المظاهر التالية يشيع حدوثها في أطفال التوحد:

أ ـ صعوبة أكثر في التواصل مع الراشدين مقارنة بالتواصل مع الأطفال من نفس السن.

ب ـ صدى الكلام.

ج ـ تمييز التغييرات البيئية المحيطة.

د ـ محيط الرأس فوق نسبة 97 مئوية.

هـ ـ تجنب النظرات.

3-4: المظاهر التالية يشيع حدوثها في أطفال التوحد والمراهقين:

أ ـ الهلاوس.

ب ـ ضرب الرأس.

ج ـ الميل للتعامل مع الأشخاص كالجماد.

د ـ تشنجات تبدأ في المراهقة.

هـ ـ زيادة النشاط وضعف الانتباه.

4-4: حالة التوحد في الأطفال:

أ ـ تُعرف أيضاً أنها متلازمة اسبرجر.

ب ـ لا تؤثر على السلوك قبل بلوغ الشهر السادس.

ج ـ هي حالة فصام سابق لتعلم اللغة.

د ـ دائماً ما تبدأ في سن 28 شهراً.

هـ ـ قد يحدث فقداً للغة بعد فترة من نموها بطريقة عادية.

5-4: في حالة تقييم حالات أطفال التوحد، فإنه من المهم الأخذ في الاعتبار التشخيص الفارق التالي:

أ ـ قلق الانفصال.

ب ـ متلازمة رت.

ج ـ عجز التعلم العام.

د ـ صعوبة القراءة.

هـ ـ صعوبة النطق النمائية «تأخر اللغة».

6-4: حالات التوحد في الأطفال:

أ ـ تصيب الذكور والإناث بصورة متساوية.

ب ـ تحدث فيما يقرب من 12-18 طفل في كل 1000.

ج ـ الوالدان دائماً على مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع.

د ـ غالباً ما تتسبب عن أمهات يتصفن ببرودة المشاعر والفشل في التواصل الطبيعي.

هـ ـ تصيب 25٪ من الأخوة الأشقاء.

7-4: يكون المآل في حالات التوحد سيئاً إذا كان:

أ ـ معدل الذكاء أقل من 60.

ب ـ وجود العشوائية.

ج ـ إذا كان الطفل من الذكور.

د ـ غياب التعبير بالكلام المفيد حتى سن الخامسة.

هـ ـ تغير نمط الطقوس مع الوقت

8-4: ما يقرب من 30 إلى 70٪ من الأشخاص الذين يعانون من متلازمة التوحد الكاملة:

أ ـ لا يمكنهم نهائياً اكتساب الكلام بلغة مفيدة.

ب ـ يموتون قبل سن 30 عاماً.

ج ـ يفقدون المهارات المعرفية في مرحلة المراهقة المتأخرة.

د ـ لا يمكنهم مطلقاً الزواج، أو القيام بأعباء الوظائف العملية المعتادة.

هـ ـ يظلون في حالة عزلة ملحوظة في سن الرشد.

9-4: تتضمن الخصائص المعرفية لأطفال التوحد:

أ ـ معامل الذكاء اللفظي أقل كثيراً من معامل الذكاء العملي.

ب ـ فقدان المهارات المكتسبة في السابق بعد الوصول إلى سن من 8 إلى 10 سنوات.

ج ـ تدني القدرات في معظم المجالات يكون مختلطًا ببعض التفوق في مجالات أخرى محدودة.

د ـ عدم التعرف الانتقائي على الأصوات عالية التردد.

هـ ـ قصور في «نظرية العقل».

10-4: يحدث عادة في متلازمة اسبرجر ما يلي:

أ ـ اهتمامات محدودة.

ب ـ الرشاقة.

ج ـ كلام متكلف.

د ـ خلل في الفهم الاجتماعي.

هـ ـ تأخر لغوd ملحوظ في سنوات ما قبل المدرسة.

5 ـ فرط النشاط «تشتت الانتباه وفرط الحركة»:

5-1: فرط النشاط:

أ ـ شكوى شائعة للوالدين من الأطفال.

ب ـ تحدث بصفة رئيسية في الأطفال من الطبقة المتوسطة.

ج ـ تصيب أعداداً متساوية من الأولاد والبنات.

د ـ يتم تشخيص الحالة بصورة زائدة في المملكة المتحدة مقارنة بالولايات المتحدة.

هـ ـ يتم تشخيصها للمرة الأولى في الشريحة العمرية بين 5 إلى 11 سنة.

5-2: من خصائص حالات فرط الحركة:

أ ـ مدى انتباه قصير.

ب ـ ضرب اليد وحركات تكرارية أخرى.

ج ـ التململ.

د ـ حالة مزاجية مرتفعة.

هـ ـ غياب التعلق الاختياري بالوالدين.

5-3: الخصائص المميزة لخالات فرط الحركة تتضمن:

أ ـ تشتت الانتباه.

ب ـ الاندفاعية.

ج ـ الحركة والتجوال عندما يتوقع منه السكون.

د ـ حركات مفاجئة تكرارية بغير هدف.

هـ ـ الصياح داخل فصول المدرسة وعدم القدرة على انتظار الدور في الألعاب.

4-5: تثير المظاهر التالية الشك بجدية في تشخيص حالات تشخيص حالات فرط النشاط:

أ ـ الإبلاغ عن الأعراض بواسطة الآباء وليس عن طريق المدرسين.

ب ـ بداية الحدوث في سن 12 سنة.

ج ـ الأداء الجيد على مدى 15 دقيقة في حالة فحص الحالة العقلية.

د ـ ينام جيداً ليلاً.

هـ ـ تزداد الأعراض سوءاً بعد تناول الطماطم أو البرتقال أو بعض الأطعمة الطبيعية الأخرى.

5-5: الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط غالباً ما يكونون:

أ ـ ذكاؤهم أعلى من المعدل الطبيعي.

ب ـ غير مطيعين في المنزل وكذلك يتسببون في الفوضى داخل الفصول الدراسية.

ج ـ يتواصلون مع زملائهم.

د ـ أقل إنجازاً في المدرسة.

هـ ـ أكثر ألفة أو أقل تحكماً في سلوكياتهم مع الغرباء حتى الكبار.

6-5: فرط النشاط:

أ ـ غالباً ما يكون مصحوباً بتاريخ مرضd للتعرض للإهمال من الوالدين.

ب ـ كثيراً ما يكون مصحوباً بتلف ملحوظ في الدماغ.

ج ـ أكثر شيوعاً في الأطفال الذين يعانون من الصرع.

د ـ يكون مصحوباً باضطرابات في النمو مثل تأخر اللغة أو العشوائية.

هـ ـ أكثر شيوعاً في الأطفال الذين يودعون في أماكن الإيواء منذ الطفولة المبكرة.

7-5: التاريخ المرضي الطبيعي لحالات فرط النشاط:

أ ـ الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط غالباً ما يكون لديهم زيادة في النشاط ونقص في الانتباه منذ الطفولة المبكرة.

ب ـ قد لا تكون الأعراض مدعاة للاهتمام في مرحلة ما قبل دخول المدرسة.

ج ـ تصبح مسالة فرط النشاط وعدم الانتباه أقل إثارة للمتاعب خلال سنوات المراهقة.

د ـ تظل نسبة قليلة من هذه الحالات تعاني من عدم الاستقرار، ونقص الانتباه في مرحلة الرشد.

هـ ـ يكون أطفال فرط النشاط أكثر عرضة للاتجاهات الإجرامية، وسوء استعمال المواد في مرحلة الرشد.

8-5: علاج فرط النشاط:

أ ـ يعتبر فرط الحركة هدفاً مناسباً للعلاج بأسلوب العلاج النفسي الديناميكي.

ب ـ إيداع الأطفال من حالات فرط النشاط في فصول دراسية مزدحمة هو الأنسب للسيطرة عليهم وتحسين انتباههم.

ج ـ يمنع تناول عقاقير الباربيتورات (Barbiturates).

د ـ يجب منع الإضافات الاصطناعية من الغذاء لأن ذلك يفيد في

هذه الحالات

هـ ـ عقار إيمبيرامين (Imepramin) له قيمة جيدة في حالات فرط النشاط.

9-5: من الآثار الجانبية المعروفة عند علاج الأطفال من الفئة العمرية 6 إلى 10 سنوات بواسطة المنبهات (Stimulants) ما يلي:

أ ـ الإدمان

ب ـ أنشطة متكررة وحركات تكرارية.

ج ـ بطء النمو

د ـ زيادة عكسية في الشهية للطعام والنوم.

هـ ـ حركات غير إرادية.

6 ـ اضطراب السلوك:

1-6: اضطرابات السلوك تكون:

أ ـ أكثر شيوعاً في البنات عنها في الأولاد حتى سن السابعة.

ب ـ أكثر شيوعاً في المناطق الداخلية للمدن.

ج ـ من الشائع أن تكون محصورة على موقف وتحدد، على سبيل المثال المدرسة وليس البيت أو العكس.

د ـ تعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في الأطفال.

هـ ـ دائماً ما تكون مؤقتة إذا ما قورنت بالاضطرابات الانفعالية.

2-6: العوامل التالية في الأطفال من شأنها زيادة مخاطر الإصابة باضطرابات السلوك:

أ ـ فرط النشاط.

ب ـ معامل الذكاء أقل من 70.

ج ـ اضطراب قراءة نوعي.

د ـ الصرع.

هـ ـ وجود اضطراب مزاجي صعب في سنوات الطفولة الأولى.

3-6: العوامل التالية في الأسرة من شأنها زيادة مخاطر الإصابة باضطراب السلوك

أ ـ الصراعات الزوجية أو انهيار الأسرة.

ب ـ التوقعات العالية من جانب الوالدين.

ج ـ إصابة أحد الوالدين بمرض عقلي.

د ـ الازدحام والفقر.

هـ ـ خروج الأم للعمل خارج المنزل.

4-6: العوامل التالية في الأسرة من شأنها زيادة مخاطر الإصابة باضطراب السلوك

أ ـ الحماية الزائدة من جانب الأم.

ب ـ النظام الصارم في المنزل والملاحظة اللصيقة.

ج ـ الميول الإجرامية لدى الأبوين.

د ـ زيادة حجم الأسرة.

هـ ـ كبر سن الوالدين.

5-6: الخصائص المميزة لاضطراب المواجهة والتحدي تكون:

أ ـ تكرار السرقة.

ب ـ عدم الامتثال لمتطلبات الكبار.

ج ـ نوبات الغضب المتكررة.

د ـ المضايقة المقصودة للآخرين باستمرار.

هـ ـ الغياب المستمر عن المدرسة.

6-6: في حالة طفل في الثامنة يسرق الأشياء باستمرار من المنزل فإن احتمالات تفسير هذه الحالة تكون:

أ ـ إنه يفعل ذلك لأنه يحصل على مصروف يومي أقل من أصدقائه.

ب ـ السرقة هي جزء من رد الفعل للحرمان، أو الحزن على فقد شخص عزيز.

ج ـ احتياج الطفل إلى النقود كي يدفعها للحصول على الحماية من الاعتداء في المدرسة.

د ـ شعور الطفل بنقص الحنان فهو يسرق كي يستريح.

هـ ـ لدى الطفل حالة انحسار في القيم الأخلاقية، فهو لا يعلم الخطأ من الصواب.

7-6: العوامل التالية في حالات اضطراب السلوك في الأطفال من شأنها أن تؤدي إلى المآل السيء للحالة:

أ ـ تنوع كبير في الأعراض السلوكية.

ب ـ الافتقار إلى علاقة جيدة مع الأقران.

ج ـ وجود اضطراب فرط النشاط مصاحب للحالة.

د ـ المشكلة تحدث بصفة خاصة في مكان محدد ـ على سبيل المثال في المدرسة.

هـ ـ البداية المتأخرة للحالة.

8-6: اضطراب السلوك:

أ ـ الجانحون من صغار الراشدين هم تقريباً بصفة عامة من المصابين باضطراب السلوك في الطفولة.

ب ـ معظم الأطفال من حالات اضطراب السلوك يصبحون من الجانحين في بداية مرحلة الرشد.

ج ـ في مرحلة الطفولة يكون اضطراب السلوك مصحوباً بالقلق أكثر من الاكتئاب.

د ـ الأطفال من المصابين باضطراب السلوك غالباً ما يفسرون سلوك الأطفال الآخرين على أنه يتصف بالعداء.

هـ ـ تزيد الإصابة باضطرابات السلوك من مخاطر الاكتئاب عند الرشد خصوصًا في الإناث.

9-6: الغياب عن المدرسة:

أ ـ الأطفال الذين يتغيبون غالباً ما يتواجدون في المنزل حينما يتركون المدرسة.

ب ـ الاكتئاب الحاد هو أحد أسباب الحالة.

ج ـ الغياب عن المدرسة يكون مصحوباً باضطراب السلوك والجنوح.

د ـ معظم الغائبين هم من الفئة الأقل في القدرات الدراسية.

هـ ـ الهروب من المدرسة هو أكثر الأسباب شيوعاً لغياب تلاميذ المدارس في كل الأعمار.

7 ـ جنوح الأحداث:

1-7: في حالات جنوح الأحداث:

أ ـ تصل حالات العدوان إلى ذروتها في منتصف مرحلة المراهقة ثم تقل مع

بلوغ سن الرشد.

ب ـ معظم حالات جنوح الأحداث تتضمن عدواناً على المال والممتلكات أكثر من العدوان على النفس.

ج ـ كل أنواع العدوان التي يرتكبها الأحداث أكثر شيوعاً في الذكور.

د ـ الشباب الذين ينتمون إلى الطبقة المتوسطة أقل ميلاً للجنوح من واقع سجلات القضاء والمحاكمات، لكنهم ليسوا كذلك من خلال حكمهم على أنفسهم.

هـ ـ قد تختلف الأحياء المتجاورة والتي تتشابه في الظروف المعيشية في معدلات جنوح الأحداث فيها.

2-7: حالات جنوح الأحداث:

أ ـ غالباً ما تؤدي إلى ارتكاب الجرائم في مرحلة الرشد.

ب ـ تكون مصحوبة بالميول الإجرامية عند الوالدين والأخوة.

ج ـ دائماً ما تكون مصحوبة باضطراب نفسي واضح.

د ـ وجود عامل وراثي واضح.

هـ ـ هي أحد المضاعفات المعروفة لحالات الالتهابات الدماغية.

3-7: جنوح الأحداث يكون مصحوباً بما يلي:

أ ـ ذكاء أقل من المعدل المعتاد.

ب ـ خصائص مميزة في رسم مخط كهربية الدماغ.

ج ـ إثارة المتاعب في المدرسة منذ سنوات العمر المبكرة.

د ـ القسوة.

هـ ـ العلاقة السيئة مع الأقران.

4-7: جنوح الأحداث يكون مصحوباً بالعوامل التالية في الأسرة:

أ ـ الفقر.

ب ـ وجود أخوة كبار.

ج ـ المبالغة في التوقعات من جانب الوالدين.

د ـ الفوضى وعدم النظام.

هـ ـ الانتقاد أو التبلد من جانب الأبوين.

8 ـ رفض المدرسة:

1-8: حالات رفض المدرسة:

أ ـ أكثر شيوعاً في سن 14 مقارنة بسن 10 سنوات.

ب ـ تصيب البنات أكثر من الأولاد.

ج ـ هي أكثر مظاهر الاضطراب الانفعالي لدى الأطفال.

د ـ تكون مصحوبة بتدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

هـ ـ تتعلق بكبر حجم الأسرة.

2-8: حالات رفض المدرسة:

أ ـ يزيد حدوثها مع حلول شهر مايو «قبيل الامتحانات».

ب ـ أكثر شيوعاً في الأولاد.

ج ـ غالباً ما يمكن اكتشاف عامل مسبب لها.

د ـ الرسوب في المدرسة أحد أسبابها الشائعة.

هـ ـ يعتبر من أكثر أسباب عدم الانتظام في المدرسة بالنسبة للمراهقين.

3-8: في حالات رفض المدرسة:

أ ـ العوامل الخاصة بالمدرسة لا يمكننا الزعم أنها غير هامة.

ب ـ الاكتئاب سبب نادر الحدوث في هذه الحالات.

ج ـ الشكوى من آلام البطن تزيد بشدة مع هذه الحالات.

د ـ خوف الطفل ينصب على مغادرة المنزل أكثر من خوفه من الذهاب إلى المدرسة.

هـ ـ قد يكون الطفل خائفاً من الأطفال الآخرين.

4-8: حالات رفض المدرسة:

أ ـ يكون الوالدان غالباً في حالة انفعال زائد مع الطفل.

ب ـ تكون مصحوبة مع تطبيق نظام صارم داخل المنزل.

ج ـ الطفل عادة يعاني من فرط النشاط.

د ـ غالباً ما تكون مصحوبة بالجنوح.

هـ ـ غالباً ما تعكس وجهة نظر الأسرة في عدم الاهتمام بالدراسة.

5-8: حالات رفض المدرسة:

أ ـ في طفل عمره 8 سنوات قد يكون من مظاهر قلق الانفصال.

ب ـ في طفل عمره 15 سنة قد تكون من مظاهر الاكتئاب.

ج ـ قد يكون الصداع المظهر الرئيسي للحالة.

د ـ في طفل عمره 10 سنوات قد تكون مصحوبة بسلوك السرقة من الأم.

هـ ـ في طفل عمره 14 سنة عادة ما تكون إنذاراً بحدوث الخوف المرضي من الأماكن المفتوحة عند بلوغ سن الرشد.

6-8: في علاج حالات رفض المدرسة:

أ ـ العودة السريعة إلى المدرسة ليس مرغوباً فيها على وجه العموم.

ب ـ العلاج داخل المستشفى قد يكون مطلوباً في بعض الحالات.

ج ـ تغيير المدرسة هو أمر ضروري في الغالب.

د ـ العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات غالباً ما يسهل مسالة العودة إلى المدرسة.

هـ ـ التدريس داخل المنزل قد يكون في العادة أحد الخطوات التي تساعد على العلاج.

7-8: حالات رفض المدرسة:

أ ـ مع العلاج يعود أكثر من نصف الحالات إلى الحضور المنتظم بالمدرسة.

ب ـ العودة إلى المدرسة تحدث بصورة أكبر في صغار السن من الأطفال.

ج ـ قد تتحول الحالات إلى الغياب والتسرب من المدرسة إذا لم يتم علاجها.

د ـ غالباً ما تتبع باضطراب عصابي دائم في سن الرشد.

هـ ـ عادة ما تؤدي هذه الحالات إلى رفض للعمل على مدى الحياة فيما بعد.

9 ـ اضطرابات القلق:

1-9: اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة:

أ ـ تعتبر ضمن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في الأطفال.

ب ـ غالباً ما تحدث مع الاضطرابات الاكتئابية.

ج ـ غالباً ما تحدث مع اضطرابات التعلق.

د ـ غالباً ما تحدث مع اضطرابات القراءة.

هـ ـ يزيد حدوثها في الغالب إذا كان لدى الأبوين اضطرابات القلق.

2-9: اضطراب قلق الانفصال:

أ ـ هو بصفة رئيسية اضطراب الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

ب ـ سبب شائع لرفض المدرسة.

ج ـ من الخصائص المميزة له رفض الحديث إلا داخل المنزل.

د ـ استجابة هذه الحالات جيدة لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات.

هـ ـ غالباً ما تؤدي إلى الخوف المرضى من الأماكن المفتوحة في مرحلة الرشد.

3-9: اضطراب القلق العام:

أ ـ أقل حدوثاً بعد البلوغ.

ب ـ يتضمن مدى واسعاً من القلق حول الماضي والحاضر والمستقبل.

ج ـ غالباً ما يؤدي إلى شكاوى جسدية.

د ـ عادة ما يحدث مصحوباً باضطرابات القلق الأخرى أو الاكتئاب.

هـ ـ يتم علاجه بصورة سليمة عن طريق العلاج المعرفي.

4-9: المخاوف المرضية «الرهاب» المحددة:

أ ـ يمكن تشخيصها فقط إذا ما اعترف الطفل بأن خوفه مُبالغ فيه.

ب ـ يمكن تشخيصها فقط إذا ما كان هناك تجنب للشيء المثير للخوف أو في حالة استمرار الشعور بالخوف الزائد.

ج ـ تحدث بصورة متساوية في الأولاد والبنات.

د ـ يتم علاجها بصورة سليمة بواسطة الأساليب السلوكية أو المعرفية.

هـ ـ عادة ما تعقب التعرض لحدث أو صدمة، وتتماثل للشفاء خلال ستة أشهر.

10 ـ الاكتئاب والهوس:

10-1: الاضطرابات الاكتئابية في الطفولة والمراهقة:

أ ـ على عكس ما يحدث في اضطرابات الراشدين، فإن الأعراض تتضمن بصورة أكبر اضطرابات النوم والشهية للطعام.

ب ـ بالمقارنة بما يحدث في اضطرابات الراشدين فإنها قليلاً ما تتضمن الشعور بالذنب أو فقدان الأمل.

ج ـ من الأسباب الشائعة لرفض المدرسة.

د ـ من الأسباب الشائعة للتبول اللاإرادي.

هـ ـ لها علاقة وثيقة بالانتقال في المراحل الدراسية أكثر من حالة البلوغ.

10-2: الاضطرابات الاكتئابية في الطفولة والمراهقة:

أ ـ توجد فيما يقرب من 8٪ من الأطفال في سن 10 سنوات.

ب ـ توجد فيما يقرب من 20٪ في سن 15 سنة.

ج ـ للعلاج بالوسائل النفسية دور هام.

د ـ مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات لها دور علاجي واضح.

هـ ـ غالباً ما يتعافى المريض خلال 6 أشهر ونادراً ما تعود الحالة مرة أخرى.

10-3: الهوس في الطفولة والمراهقة:

أ ـ يزيد حدوثه بعد البلوغ.

ب ـ عادة ما يكون مزمناً وليس مؤقتاً في الأطفال قبل سن البلوغ.

ج ـ نادراً ما يوجد مع بداية الاضطراب ثنائي القطب ـ عادة ما يأتي الاكتئاب أولاً.

د ـ غالباً ما يكون مصحوباً بأعراض مميزة مثل الهلاوس والضلالات.

هـ ـ لا يجب استخدام الأدوية النفسية في علاج هذه الحالات.

11 ـ الانتحار وتعمد إيذاء الذات:

1-11: الانتحار المكتمل في الأطفال والمراهقين:

أ ـ في الغالب ليس له وجود قبل سن العاشرة.

ب ـ أكثر شيوعاً في الإناث.

ج ـ استخدام المواد السامة هو الأغلب من جانب الذكور في حالات الانتحار أكثر من الإناث.

د ـ يحدث بصورة أكبر في البلاد التي يُسمح فيها بسهولة اقتناء الأسلحة النارية.

هـ ـ تقل معدلاته بصورة ثابتة على مر العقود لكنها آخذة في الازدياد حالياً.

2-11: تزيد مخاطر إتمام الانتحار في الطفولة والمراهقة إذا:

أ ـ كان لدى الشخص اضطراب سلوكي.

ب ـ وجود بعض أفراد من الأسرة يعانون من حالة الاكتئاب أو المشكلات الانفعالية.

ج ـ بعض أفراد الأسرة لديهم مشكلة تعاطي الكحول أو المواد المخدرة الأخرى.

د ـ إذا ما وجدت أزمة يعاني منها الشخص في حياته.

هـ ـ حين يكثر حديث الشخص عن الانتحار.

3-11: الإيذاء المتعمد للذات «محاولة الانتحار» في الأطفال والمراهقين:

أ ـ ما يقرب من 14 مرة أكثر من الانتحار المكتمل.

ب ـ أكثر حدوثاً في الوقت الحالي مقارنة بمعدلها قبل 50 عاماً.

ج ـ معظم الحالات لديهم تاريخ للإصابة باضطراب نفسي مؤخراً.

د ـ أقل من 5٪ من الحالات لديهم تاريخ سابق لإيذاء الذات.

هـ ـ يتم التخطيط لها على مدى 6 إلى 24 ساعة.

4-11: إمكانية حدوث الإيذاء المتعمد للذات «محاولة الانتحار» في الأطفال والمراهقين تتزايد في هذه الحالات:

أ ـ وجود تاريخ مرضي للتعرض للإساءة البدنية أو الجنسية.

ب ـ إيذاء الأطفال في مؤسسات الرعاية الداخلية.

ج ـ سهولة الحصول على العقاقير.

د ـ مشكلات في المدرسة أو العمل.

هـ ـ عقب إذاعة مواد إعلامية حول محاولات الانتحار.

5-11: المآل في حالات إيذاء الذات المتعمد «محاولات الانتحار» في الأطفال والمراهقين:

أ ـ ما يقرب من 10٪ يعودون إلى محاولة إيذاء الذات قبل مرور عام على المحاولة الأولى.

ب ـ وجود أمراض نفسية في الأسرة يزيد من مخاطر إعادة محاولة الانتحار.

ج ـ الاضطراب النفسي يزيد من إمكانية التكرار.

د ـ تكرار المحاولات يحدث غالباً في الإناث.

هـ ـ ما يقرب من 50٪ يقومون في النهاية بقتل أنفسهم.

12 ـ اضطرابات الكرب (الضغوط):

1-12: الحزن في الطفولة:

أ ـ الاستجابة الأولية للمحنة غالباً ما تكون بتبلد المشاعر أكثر منها بالتعبير الصريح عن الانفعال.

ب ـ قد يكون الغضب والاستياء أكثر وضوحاً.

ج ـ لا تظهر مشاعر فقدان الأمل أو انخفاض تقدير الذات أو شعور الذنب إلا إذا أدى الحزن إلى اضطراب الاكتئاب.

د ـ يتجه الأطفال بسرعة إلى التعلق بأشخاص جدد عوضاً عن فقد الأعزاء لديهم.

هـ ـ التقدم في مراحل الحزن لا يكون دائماً في اتجاه واحد، فقد يعود الأطفال من مرحلة متقدمة إلى أخرى سابقة.

2-12: اضطراب الكرب التالي للصدمة يمكن أن يحدث بواسطة:

أ ـ خطوات علاجية طبية.

ب ـ استغلال جنسي.

ج ـ إصابة أو مرض يهدد الحياة.

د ـ الرفض من جانب الأصدقاء.

هـ ـ مشاهدة أحد الوالدين يهاجم الآخر.

3-12: العلامات المميزة للكرب التالي للصدمة تتضمن ما يلي:

أ ـ نقص في التركيز.

ب ـ فقدان الشهية للطعام.

ج ـ تكرار تمثيل مشاهد الحدث

د ـ عدم القدرة على استدعاء بعض الجوانب الهامة في الصدمة.

هـ ـ عدم القدرة على التواصل مع الأصدقاء.

4-12: العلامات المميزات لاضطراب الكرب التالي للصدمة تتضمن ما يلي:

أ ـ المبالغة في الاستجابة للمؤثرات بالفزع الشديد.

ب ـ التألم مع تذكر الأحداث.

ج ـ التبول اللاإرادي.

د ـ الميل للتدمير.

هـ ـ التخيلات المتداخلة.

13 ـ اضطراب الوسواس القهري:

13-1: اضطراب الوسواس القهري في الطفولة:

أ ـ يصيب الإناث أكثر من الذكور.

ب ـ يتضمن أمراضاً تتشابه مع الوسواس القهري في الراشدين.

ج ـ قد لا يتضمن وجود مقاومة للوساوس.

د ـ غالباً ما يكون مصحوباً باضطرابات القلق أو الاكتئاب.

هـ ـ يوجد في 70٪ من حالات اضطراب الوسواس القهري التي يتم تشخيصها في الراشدين.

13-2: من مسببات حالات الوسواس القهري في الطفولة:

أ ـ الوسواس القهري يمكن أن يمثل جزءاً من متلازمة الكوكايين بعد الولادة.

ب ـ تشير دراسات الأسرة إلى أن الوسواس القهري له علاقة بمتلازمة توريت.

ج ـ يشير فحص السائل النخاعي إلى فرط إفراز الميلاتونين الذي يصاحب حالات الوسواس القهري.

د ـ تشير الدراسات المسحية إلى وجود تغيرات مرضية في الفص الصدغي مع الوسواس القهري.

هـ ـ قد يحدث الوسواس القهري في أعقاب الإصابة بعدوى الميكروب السبحي.

3-13: العلاجات التالية غالباً ما تفيد في حالات الوسواس القهري في الطفولة:

أ ـ العلاج النفسي الديناميكي.

ب ـ فك الارتباط المتناقض.

ج ـ منع الاستجابة.

د ـ كلومبرامين.

هـ ـ فنفلورامين.

14 ـ متلازمة توريت واضطرابات العرة الأخرى:

1-14: العرّة «النفضة»:

أ ـ حركات مفاجئة متتابعة ومتطابقة بدون غرض.

ب ـ قد تكون مسبوقة بإلحاح لا يقاوم.

ج ـ قد تأخذ شكل الأفعال الحركية المركبة.

د ـ تقل أو تختفي نهائياً أثناء النوم.

هـ ـ تصيب أكثر من 1٪ من الأطفال لبعض الوقت خلال حياتهم.

2-14: العرّة «النفضة»:

أ ـ قد تأخذ صورة الزفير أو إصدار الأصوات أو الكلمات.

ب ـ عادة ما تبدأ في سن الرابعة.

ج ـ يمكن عادة التحكم فيها مؤقتاً من خلال الإرادة.

د ـ تسوء الحالة على وجه العموم مع التوتر.

هـ ـ نادراً ما تحدث حينما يكون الشخص بمفرده أو في حالة استرخاء.

14-3: في متلازمة توريت:

أ ـ انتشارها أقل من 1 في كل 10.000.

ب ـ يزيد عدد الذكور عن الإناث بصورة ملحوظة.

ج ـ تحدث العرة الصوتية مبكراً قبل ظهور العرّة الحركية.

د ـ ترديد الشتائم البذيئة يحدث في أكثر من 80٪ من الحالات.

هـ ـ يشيع حدوث الصرع مع هذه الحالات.

14- 4: في متلازمة توريت:

أ ـ ما يقرب من 30٪ من الأشخاص المصابين لديهم عجز تعلم عام.

ب ـ عدم الانتباه وفرط النشاط من الأمور شائعة الحدوث.

ج ـ العلامات العصبية الموضعية موجودة في غالبية الحالات.

د ـ يشيع حدوث أعراض الوسواس القهري.

هـ ـ تسوء الأعراض وتتفاقم مع سن الرشد.

14-5: في متلازمة توريت:

أ ـ يزيد وجود تاريخ مرضي للفصام في الحالات أكثر من مستوى الصدفة.

ب ـ وجود تاريخ مرضي لاضطراب الوسواس القهري أكثر من المتوقع.

ج ـ تعتبر الأدوية المؤثرة على الجهاز العصبي من وسائل العلاج المعروفة لهذه الحالات.

د ـ المنبهات وسيلة لعلاج الحالات.

هـ ـ إيمبيرامين يُستخدم كعلاج للحالات.

15 ـ الخرس الانتقائي:

15-1: يشيع حدوث الخرس الانتقائي في:

أ ـ الذكور.

ب ـ الأطفال فقط.

ج ـ الأطفال ممن لديهم ذكاء أقل من المعدل.

د ـ الأطفال من أسر تعيش في حالة اجتماعية سيئة.

هـ ـ الأطفال الذين يعانون من صعوبات في الكلام.

2-15: الخرس الاختياري:

أ ـ يصيب أقل من 0.1٪ من الأطفال في مرحلة من 6-10 سنوات.

ب ـ قد يتكلم الطفل داخل المدرسة لكنه لا يتكلم في المنزل.

ج ـ يكون لدى هؤلاء الأطفال الأعراض التشخيصية لاضطرابات القلق أيضاً.

د ـ عادة ما تبدأ الحالة فجأة عقب التعرض لضغوط واضحة.

هـ ـ إذا لم تتحسن الحالة خلال 12 شهراً، فإنها غالباً سوف تستمر لأكثر من خمس سنوات.

16 ـ اضطرابات التعلق (الارتباط):

1-16: اضطرابات التعلق:

أ ـ من الاضطرابات القليلة التي يمكن تشخيصها في الأطفال الرضع في عمر 6 أشهر.

ب ـ قد تبدأ في الطفولة المتأخرة إذا كان الطفل يتيماً.

ج ـ من خصائصها المتميزة عدم القدرة على اللعب التخيلي.

د ـ يمكن أن تكون محصورة في العلاقة المضطربة مع الشخص الرئيسي الذي يقوم على رعاية الطفل.

هـ ـ تحدث كنوع من المضاعفات للانفصال لمدة طويلة بين الأم والطفل في مرحلة ما بعد الولادة.

2-16: الأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلق عادة ما يظهر لديهم ما يلي:

أ ـ التماسك في الطفولة.

ب ـ غياب الاستجابة الانفعالية.

ج ـ شعور متناقض نحو من يقدم الرعاية.

د ـ البؤس.

هـ ـ الرغبة في التعلق مع بعض الراشدين من غير الأقارب لتخفيف حدة التوتر.

3-16: الأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلق الشديد عادة ما يظهر لديهم:

أ ـ سلوك جذب الانتباه.

ب ـ زيادة الاستثارة.

ج ـ اضطراب النوم.

د ـ العشوائية في الصداقة.

هـ ـ الاستجابة بالعدوان عند مواجهة الضغوط من الآخرين.

17 ـ سلس البول:

1-17: الانتشار الوبائي للتبول اللاإرادي:

أ ـ التبول الليلي يحدث تقريباً بصورة متساوية بين الذكور والإناث في سن الخامسة.

ب ـ يزيد حدوثه في الذكور عن الإناث في سن السابعة.

ج ـ التبول النهاري يزيد حدوثه في الذكور عن الإناث في سن التاسعة.

د ـ ما يقرب من 10٪ أو أكثر من الأطفال في سن الخامسة يبتل فراشهم مرة واحدة أسبوعياً على الأقل.

هـ ـ بحلول سن التاسعة فإن معظم الأطفال الذين يبللون فراشهم تتحسن حالتهم لفترات متفاوتة حيث يكون فراشهم جافاً لعدة ليالي متتالية.

2-17: حالات التبول الليلي اللاإرادي عند تلاميذ المدارس:

أ ـ غالباً ما يوجد تاريخ مرضى في الأسرة لوجود حالة مشابهة في أحد أقارب الدرجة الأولى.

ب ـ غالباً ما يكون لدى هؤلاء الأطفال أمراض عضوية في الجهاز البولي.

ج ـ دائماً ما يكون لديهم سوء تغذية.

د ـ تزيد لديهم مخاطر الإصابة بالتهابات الجهاز البولي أكثر من غيرهم من الأطفال.

هـ ـ يشيع لديهم وجود الصرع أو مؤشرات حالة الصرع في مخطط كهربية الدماغ.

3-17: التبول الليلي اللاإرادي غالباً ما يكون:

أ ـ في الأطفال الذين يتعرضون للضغوط قبل سن 5 سنوات.

ب ـ في فترة نوم الحركات السريعة للعين.

ج ـ في الأطفال الذين يتم تدريبهم على التحكم في التبول بقسوة.

د ـ في الأطفال الذين ينامون بعمق.

هـ ـ حين يبدأ التدريب على التحكم بعد بلوغ الطفل سن 24 شهراً.

4-17: الظواهر النفسية المتعلقة بالتبول:

أ ـ تكون مشكلة التبول جزءاً من اضطراب نفسي أكثر شمولاً.

ب ـ التبول دائماً ما يكون مصحوباً بأعراض انفعالية أكثر من المشكلات السلوكية.

ج ـ يزيد حدوث الأعراض النفسية إذا كانت حالة التبول تحدث نهاراً أيضاً وليس بالليل فقط.

د ـ يزيد حدوث الأعراض النفسية إذا كانت الحالة أولية وليست ثانوية.

هـ ـ الأطفال الذين تتحسن حالتهم لا يتبقى لديهم مخاطر للإصابة بالاضطرابات النفسية.

5-17: أي نوع من العلاجات التالية يقلل من تعاقب بلل الفراش؟

أ ـ مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات.

ب ـ الأدوية المنبهة.

ج ـ ديزموبريسين.

د ـ الأدوية المضادة لفعل الكولين.

هـ ـ كاربامازيبين.

6-17: أي من المعالجات التالية يقلل من تتابع بلل الفراش:

أ – مضادات الاكتئاب ثلالثية الحلقات.

ب ـ الأدوية المنبهة.

ج ـ ديزموبريسين.

د ـ الأدوية المضادة لمفعول الكولين.

هـ ـ كاربامازيبين.

7-17: أي مما يلي إذا ما تم استخدامه بصورة سليمة على مدى ثلاثة أشهر يؤدي إلى شفاء دائم من بلل الفراش؟

أ ـ أمتربتلين.

ب ـ تقليل السوائل مساءً.

ج ـ استخدام جهاز إنذار التبول.

د ـ إيقاظ الطفل للتبول بعد مرور ساعتين على الإيواء للنوم.

هـ ـ الهرمون المخلق المضاد لإدرار البول.

8-17: تتجه حالة التبول الليلي اللاإرادي إلى الاستمرار في هذه الحالات من الأطفال:

أ ـ الإناث.

ب ـ من لم يحدث لهم جفاف للفراش على مدى 6 أشهر سابقة.

ج ـ من لديهم تاريخ أسري موجب للتبول.

د ـ الذين يعيشون في فقر شديد.

هـ ـ حين يكون بلل الفراش كل ليلة وليس ليال محدودة كل أسبوع.

18 ـ التلوث البرازي:

1-18: عدم التحكم في إخراج البراز:

أ ـ يحدث التحكم في المعتاد بصورة كاملة ببلوغ الطفل 18 شهراً.

ب ـ الحالة تحدث مرة كل شهر تقريباً في 5٪ بالأطفال في سن 4 سنوات.

ج ـ الحالة تحدث مرة كل شهر تقريباً في 5 ٪ بالأطفال في سن 7 سنوات.

د ـ الحالة تحدث مرة كل شهر تقريباً في أكثر من 1٪ في سن 11 سنة.

هـ ـ الحالة تصيب الذكور أكثر من الإناث.

2-18: الحالات التي يتم التعرف عليها من عدم التحكم في البراز تتضمن:

أ ـ عدم كفاية التدريب على التحكم.

ب ـ غذاء يحتوي على ألياف عالية.

ج ـ عجز التعلم العام.

د ـ التعرض للاستغلال الجنسي.

هـ ـ عدوان خفي نحو الأسرة.

3-18: الحالات التي يتم التعرف عليها عن طريق التحكم في البراز تتضمن:

أ ـ الإمساك.

ب ـ الخوف من دورة المياه.

ج ـ تركيز الأسرة على عادات الإخراج.

د ـ أمراض الجهاز العصبي المركزي.

هـ ـ الإصابة بالديدان الخيطية المعوية.

4-18: الأطفال الذين يعانون من عدم التحكم في البراز غالباً مايحتاجون إلى:

أ ـ أدوية للإسهال.

ب ـ شربة معوية.

ج – أميبرامين.

د ـ برامج سلوكية.

هـ ـ الدخول إلى المستشفى.

5-18: المآل أسوأ إذا كانت حالات عدم التحكم في البراز:

أ ـ تحدث في البنات.

ب ـ عندما تكون مصحوبة بفرط النشاط.

ج –تحدث نهاراً أكثر منها أثناء النوم.

د ـ حين يصاحبها مشكلات أخرى في النمو .

هـ ـ حين يصاحبها مشكلات اجتماعية أو مدرسية.

19 ـ اضطرابات النوم:

1-19: اضطرابات دورة النوم واليقظة:

أ ـ متلازمة مرحلة النوم المسبق «الخلود للنوم مبكراً والاستيقاظ مبكراً» غالباً ما تكون نتيجة للإسراع بإدخال الطفل إلى الفراش.

ب ـ يمكن حل مشكلة متلازمة مرحلة النوم المسبق بالعلاج، بجرعة من الميلاتونين كل مساء لمدة 5 أيام.

ج ـ متلازمة مرحلة النوم اللاحق «الخلود للنوم متأخراً والاستيقاظ متأخراً» غالباً ما تؤدى إلى ضعف الأداء الدراسي.

د ـ إذا كان تأخر النوم لساعتين فإن العلاج يتضمن جعل المريض ينام لوقت طويل حسب حاجته لعدة أيام قبل التحول إلى الاستيقاظ مبكراً.

هـ ـ إذا كان تأخر النوم لمدة 6 ساعات فإن الأسهل في هذه الحالة تأخر دورة النوم واليقظة لمدة 18 ساعة بدلاً من تقديمها لمدة 6 ساعات.

2-19: حالة ضيق التنفس الانسدادي أثناء النوم:

أ ـ تصيب نحو 15٪ من الأطفال.

ب ـ يمكن أن تؤدي إلى فرط النشاط في وقت النهار.

ج ـ شائعة الحدوث في متلازمة داون.

د ـ أكثر من 80٪ من الأطفال المصابين من البدناء.

هـ ـ غالباً ما تنشأ عن تضخم اللوزتين أو أغشية الأنف.

3-19: الأمور التالية تشير إلى أن الطفل يعاني من الفزع الليلي المتكرر وليس من الكوابيس:

أ ـ تحدث النوبات أثناء مرحلة حركة العين السريعة للنوم.

ب ـ تحدث النوبات خلال ساعة أو اثنتين عقب الخلود إلى النوم.

ج ـ بعد النوبة يستقر الطفل في النوم ولا يستيقظ مرة أخرى.

د ـ أثناء النوبة ينطلق الطفل من فراشه ويندفع متجولاً في حالة قلق.

هـ ـ تفيد في هذه الحالة التهدئة والاطمئنان من الوالدين للطفل.

4-19: داء النوم الإنتيابي Narcolepsy:

أ ـ يصيب على الأقل 1 في كل 1000 من الأطفال.

ب ـ يتضمن نوبات من نوم حركات العين السريعة تتداخل مع اليقظة.

ج ـ يتضمن رباعية هجوم النوم ، وارتخاء العضلات، والمشي أثناء النوم، والهلاوس.

د ـ عقار الميثل فيندات (Methylphenadate) يمكن أن يكون مفيداً في علاج هجوم النوم.

هـ ـ مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات تفيد في علاج ارتخاء العضلات.

20 ـ الاضطرابات الجسدية النفسية:

20-1: المشكلات النفسية الجسدية في الأطفال يغلب عليها:

أ ـ تشيع في الأسر التي تنسب الأعراض إلى العوامل النفسية والبيئية.

ب ـ تزيد في الأطفال الذين يتصفون بالضمير اليقظ والحساسية المفرطة أو انعدام الشعور بالأمن.

ج ـ حين يتعرض الأطفال لسوء المعاملة.

د ـ حين يكون لدى الأقارب أعراض جسدية.

هـ ـ بعد معاناة مرض عضوي.

20-2: آلام البطن المتكررة في الأطفال:

أ ـ تصيب 3-5٪ من الأطفال.

ب ـ يزيد حدوثها في مرحلة العمر من 10-12 سنة.

ج ـ لها سبب عضوي واضح في ما يقرب من 40٪ من الحالات.

د ـ كثيراً ما تستمر حتى بعد بلوغ سن الرشد.

هـ ـ كثيراً ما تكون تعبيراً ثانوياً عن التعرض لاستغلال جنسي.

20-3: في الأطفال الذين يعانون من حالات متلازمة الإجهاد المزمن:

أ- يستمرالإجهاد في الغالب لمدة تتراوح بين شهرين لستة أشهر.

ب ـ يشيع وجود انخفاض في الحالة المزاجية.

ج ـ من الشائع لوم النفس والشعور بانخفاض تقدير الذات.

د ـ يتعلق العلاج بقبول الأسر لمبدأ أن المشكلات ليست عضوية.

هـ ـ الإختيار الأمثل للعلاج عادة هو التأهيل المتدرج.

4-20: اضطراب التحول في الأطفال:

أ ـ هو بصفة رئيسية اضطراب مرحلة (5-10) سنوات من العمر.

ب ـ يصيب الأولاد أكثر من البنات.

ج ـ عادة ما يأخذ الطفل صورة الأمراض التي شاهدها قبل ذلك.

د ـ عادة ما يحدث مع اضطراب الاكتئاب أو أمراض نفسية أخرى.

هـ ـ غالباً ما يصيب الأطفال من العائلات التي تبدو طبيعية.

21 ـ مشكلات مرحلة ما قبل المدرسة:

1-21: المشكلات الشائعة عند الأطفال في سن الثالثة تتضمن:

أ ـ القلق.

ب ـ التجوال ليلاً.

ج ـ التوحد.

د ـ فرط النشاط.

هـ ـ مخاوف.

2-21: العوامل التي يمكن من خلالها التنبؤ بمزيد من المشكلات السلوكية في الأطفال في سن الثالثة:

أ ـ الأم تعمل في وظيفة بالأجر.

ب ـ الذكور من الأطفال.

ج ـ وجود تأخر نوعي في اللغة.

د ـ إصابة الأم بالاكتئاب.

هـ ـ الخلافات الزوجية في الأسرة.

3-21: فيما يختص بالأطفال في سن 3 سنوات ممن يعانون من مشكلات سلوكية متوسطة أو شديدة:

أ ـ تتحسن المشكلات خلال 5 سنوات في أكثر من 75٪ من الأطفال.

ب ـ شفاء هذه المشكلات أكثر شيوعاً في الأولاد.

ج ـ العوامل الخاصة بالأسرة تعطي مؤشراً جيداً للتنبؤ بالمدى الزمني لاستمرار هذه المشكلات.

د ـ فرط النشاط المبكر يعطي مؤشراً على حدوث اضطراب السلوك في مرحلة الطفولة المتوسطة.

هـ ـ المخاوف المبكرة تعطي مؤشراً على حدوث اضطراب انفعالي في الطفولة المتوسطة.

22 ـ اضطرابات سن المراهقة:

1-22: في عينة ممثلة للمراهقين المصابين باضطرابات نفسية:

أ ـ ما يقرب من نصف العينة لديهم اضطرابات طويلة الأمد منذ الطفولة والباقي لديهم اضطرابات حديثة المنشأ.

ب ـ الاضطرابات طويلة الأمد هي بصفة رئيسية اضطرابات سلوكية وانفعالية.

ج ـ الاضطرابات حديثة المنشأ هي بصفة رئيسية اضطرابات الطعام والذهان.

د ـ العوامل الأسرية غير المواتية غالباً ما تكون مصاحبة للاضطرابات الحديثة وليس طويلة الأمد.

هـ ـ الصعوبات التعليمية تحدث بصورة أكثر مصاحبة للاضطرابات الحديثة وليس طويلة الأمد.

2-22: فيما يتعلق بسوء استخدام المواد في المراهقة:

أ ـ عقار النشوة (Exstasy) هو الأكثر استخداماً بواسطة المراهقين.

ب ـ 60٪ من المراهقين الذين يجربون العقاقير في المراهقة يستمرون في استخدامها بانتظام.

ج ـ معظم صغار البالغين الذين يستخدمون المواد يبدأ عادة التعاطي لديهم في المدرسة.

د ـ يوجد تاريخ مرضي لاضطراب سلوكي مصاحب لزيادة معدلات تعاطي المواد في المراهقة.

هـ ـ يوجد تاريخ مرضي لرفض المدرسة مصاحب لزيادة معدلات تعاطي المواد في المراهقة.

3-22: من الآثار الجانبية الشائعة لسوء استخدام المواد الطيارة «استنشاق الغراء» ما يلي:

أ ـ الأزمة التنفسية.

ب ـ الغثيان والقيء.

ج ـ الصداع وألم البطن.

د ـ تآكل مينا الأسنان.

هـ ـ طفح جلدي حول الأنف والفم.

4-22: حالات الوفاة الناجمة عن استخدام المواد الطيارة «استنشاق الغراء»:

أ ـ غالباً ما تحدث نتيجة لتقلص في الحنجرة.

ب ـ غالباً ما تحدث نتيجة للحالة الصرعية.

ج ـ تحدث بصورة رئيسية في الذكور.

د ـ نادراً ما تحدث عند التعاطي لأول مرة.

هـ ـ تمثل السبب في الوفاة بنسبة 25٪ من وفيات الأطفال.

5-22: حالات الفصام في الطفولة والمراهقة:

أ ـ نادراً جداً ما تبدأ الحالة قبل سن السابعة.

ب ـ أكثر شيوعاً بالذكور في كل الأعمار.

ج ـ العامل الوراثي أقل من مثيلاتها التي تبدأ في سن الرشد.

د ـ غالباً ما تكون مسبوقة بصعوبات في التوافق الاجتماعي.

هـ ـ المآل في هذه الحالات أسوأ من تلك التي تبدأ في سن الرشد.

6-22: الأعراض المعروفة بحالات الفصام في الطفولة والمراهقة:

أ ـ التبلد الوجداني.

ب ـ هلاوس سمعية لأشخاص آخرين يطلقون تعليقات ونقد للمريض.

ج ـ التركيز على الأمور المتشابهة.

د ـ عكس ألفاظ المسميات.

هـ ـ اضطراب التفكير.

7-22: النوبات الذهانية الأولى في الطفولة والمراهقة:

أ ـ تتميز بأن بدايتها حادة.

ب ـ تستمر النوبة في العادة لمدة تتراوح بين أسبوع وستة أسابيع.

ج ـ الخمول والانسحاب الاجتماعي تتحسن مظاهره أسرع من الضلالات.

د ـ لا يحدث للغالبية نوبات أخرى إذا تم علاج النوبة الأولى مبكراً.

هـ ـ الأداء النفسي الاجتماعي قبل النوبة يمثل المؤشر للتنبؤ بالنتيجة على المدى الطويل.

8-22: القهم العصابي في الأطفال والمراهقين:

أ ـ نسبة الإناث إلى الذكور حول 1:3.

ب ـ انتشار الحالات بصورة متساوية تقريباً في أنحاء العالم.

ج ـ تصيب الحالة 2-4٪ في سن 15 سنة.

د ـ لا تحدث بصورة شائعة قبل البلوغ.

هـ ـ البداية المبكرة قد تؤدي إلى تأخر سن البلوغ.

9-22: القهم العصابي في الأطفال والمراهقين:

أ ـ البداية قد تنشأ عن التعرض لأحداث الحياة الأليمة.

ب ـ العلاج الأسري لهذه الحالات له قيمة ملحوظة.

ج ـ اكتساب الوزن بصورة كافية نادراً ما يحدث دون الدخول إلى المستشفى.

د ـ تُشفى نسبة 90٪ من الحالات في مدى 5 سنوات.

هـ ـ فقدان الوزن بصورة كبيرة في البداية يعطي مؤشراً على سوء الحالة على المدى الطويل.

10-22: النهم العصابي:

أ ـ من الشائع ارتباط الحالة بالاكتئاب.

ب ـ يمثل العلاج السلوكي المعرفي الأسلوب الأمثل لعلاج الحالات على وجه العموم.

ج ـ تتضمن الحالة زيادة في الوزن فوق 25٪ من الوزن الملائم للعمر والطول

د ـ تحدث غالباً في صورة نوبات متكررة.

هـ ـ يتم الاهتمام طبياً بهذه الحالات بصورة أكبر مقارنة بحالات القهم العصابي.

23: إساءة معاملة الأطفال:

1-23: فيما يتعلق بحالات إساءة المعاملة والاستغلال للأطفال:

أ ـ إساءة المعاملة من الأمور الشائعة في العام الأول من حياة الطفل.

ب ـ تقل معدلات هذه الحالات بصورة ملحوظة بعد سن العاشرة.

ج ـ في الولايات المتحدة تصل نسبة الوفيات إلى 450 حالة سنوياً نتيجة للاستغلال والإهمال.

د ـ من المظاهر الشائعة لحالة متلازمة منشاوسن (Munchausen syndrome) توقف التنفس.

هـ ـ معظم حالات متلازمة منشاوسن (Munchausen syndrome) يتم ارتكابها بواسطة زوج الأم.

2-23: عندما يحضر الوالدان الطفل المصاب إلى قسم الطوارئ، فإن العناصر التالية يجب أن تثير الشك حول الإساءة البدنية للطفل:

أ ـ التأخر في طلب المعونة الطبية.

ب ـ يصف الوالدان الإصابة وكيفية حدوثها بالتركيز على بعض التفاصيل غير الضرورية.

ج ـ ينخرط الطفل في البكاء والخوف من الطاقم الطبي بالمستشفى.

د ـ لا يبدي الوالدان في الغالب الكثير من الاهتمام أو القلق حول الحالة.

هـ ـ يحاول الوالدان مغادرة المستشفى قبل إتمام الفحوص الطبية.

3-23: تتضمن العوامل الاختطار لحدوث الإساءة البدنية ما يلي:

أ ـ انعدام الدعم الاجتماعي للأم.

ب ـ إصابة الطفل بعجز شديد.

ج ـ الأب يتعاطى الكحول بمعدل 4 وحدات أسبوعياً.

د ـ الولادة المبكرة للطفل.

هـ ـ حين يكون الأب عاطلاً عن العمل.

4-23: تضمن عوامل الاختطار لحدوث الإساءة البدنية ما يلي:

أ ـ الأم التي تعمل طول الوقت خارج المنزل.

ب ـ المراقبة اللصيقة للطفل بصورة مُبالغ بها.

ج ـ عمر الطفل أقل من عام.

د ـ يعاني الأب من اضطراب الشخصية.

هـ ـ وجود الأجداد في نفس المنزل.

5-23: في الحالات غير العضوية للفشل في النمو:

أ ـ لا يوجد سبب طبي لنقص الوزن.

ب ـ التفاعل بين الطفل والوالدين بصورة غير سوية أثناء تناول الطعام.

ج ـ الارتباط بمعدلات مخاطرة عالية لحدوث الإساءة والإهمال فيما بعد.

د ـ زيادة ملحوظة في الوزن إذا تم إدخال الطفل إلى المستشفى.

هـ ـ هذه الحالات نادرة مقارنة بقصر القامة لأسباب نفسية واجتماعية.

6-23: فيما يتعلق بالإساءة الانفعالية "المعنوية":

أ ـ تصيب نحو 30٪ من الأطفال الذين يتعرضون أيضاً للإساءة

البدنية والجنسية.

ب ـ أقل تأثيراً من معظم حالات الإساءة الأخرى.

ج ـ تكون مصحوبة بمشكلات توحدية.

د ـ التهديد بالإبعاد يمكن أن يؤدي إلى القلق والتعلق الزائد.

هـ ـ يزيد سلوك العداء الشديد والنقد الذي يمارسه الوالدان من فرصة أن يتحول الأطفال أنفسهم إلى نفس السلوك فيما بعد.

7-23: فيما يتعلق بالاستغلال الجنسي للأطفال والمراهقين:

أ ـ يتم الإبلاغ عن الاعتداء الجنسي بأثر رجعي بنسبة 1 في كل 200 امرأة.

ب ـ الحالة أقل شيوعاً في الأولاد مقارنة بالبنات.

ج ـ المظهر الشائع لهذه الحالة في البنات هو الإصابة بعدوى الجهاز البولي.

د ـ قد تكون سرعة الاستثارة والعدوانية فقط هي الأعراض الموجودة في هذه الحالات.

هـ ـ تشير الدراسات المسحية إلى ندرة هذه الحالات في الطبقات الاجتماعية العليا.

8-23: فيما يتعلق بالاستغلال الجنسي للأطفال والمراهقين:

أ ـ أكثر من 5٪ من الحالات التي يتم الإبلاغ عنها يتم ارتكابها بواسطة إناث

ب ـ أزواج الأمهات يتسببون في نسبة عالية من الحالات.

ج ـ الآباء الحقيقيون نادراً ما يكونون هم المتسببين.

د ـ حين تحدث خارج المنزل يكون المتسبب عادة من الغرباء.

هـ ـ لا يوجد دليل قوي على وجود «حلقات جنسية».

23-9: فيما يتعلق بالاستغلال الجنسي:

أ ـ ما يقرب من ثلث البنات اللاتي يتعرضن لاستغلال جنسي قوي لا يتم تصديقهن من جانب أمهاتهن.

ب ـ من الأمور الهامة أن يقوم المختصون في الصحة النفسية الذين يتم إبلاغهم عن الحالات بإجراء فحص طبي فوري قبل زوال آثار الاعتداء.

ج ـ الفحص الطبي السلبي لا يمكن من خلاله استبعاد احتمال الاستغلال الجنسي.

د ـ يُعتبر التمدد المنعكس للشرج علامة مرضية مميزة.

هـ ـ الإنكار بواسطة المتسبب مسألة متوقعة ولا تؤثر على تأهيل الحالات.

23-10: فيما يتعلق بتأثير الاعتداء الجنسي على الأطفال:

أ ـ اضطراب الضغوط التالية للصدمة من العواقب المعروفة.

ب ـ الأطفال الذين يتعرضون للاعتداء، غالباً ما يتم رفضهم من جانب أقرانهم.

ج ـ معظم الأطفال الذين يتعرضون للاعتداء يقومون بالاعتداء على أطفالهم بعد أن يصبحوا من الآباء.

د ـ إيذاء النفس قد يكون علامة على الاعتداء الجنسي.

هـ ـ الأولاد الذين يتم الاعتداء عليهم جنسياً أكثر عرضة ليصبحوا هم أنفسهم من يمارس الاعتداء الجنسي.

23-11: التدخلات في حالات الاعتداء الجنسي على الأطفال تزيد احتمالات نجاحها عندما:

أ ـ يكون لدى الطفل حالة فشل النمو غير العضوية.

ب ـ يكون المظهر الذي يميز الطفل هو متلازمة مونشاوس بالوكالة (Munchausen's Syndrome By proxy).

ج ـ الوالدان أنفسهم قد تعرضا للاعتداء في الطفولة.

د ـ توجد خدمات محلية جيدة لرعاية هذه الحالات.

هـ ـ يستطيع الوالدان وضع احتياجات الطفل قبل احتياجاتهم.

24 ـ إعاقة التعلم العامة:

24-1: فيما يتعلق بحالات عجز التعلم العام:

أ ـ يتم تعريف الحالة ـ لأغراض قانونية وإدارية ـ بأنها تجمع بين الذكاء المنخفض وصعوبة التعلم.

ب ـ ما يقرب من نصف الأطفال الذين يقل عامل الذكاء لديهم عن 50 لا يتم التعرف عليهم من خلال الخدمات الطبية أو التعليمية أو الاجتماعية.

ج ـ يتم تعريف عجز التعلم العام الخفيف بأنه عامل ذكاء من 50 إلى 79.

د ـ يزيد انتشار حالات عجز التعلم العام الخفيف عن المتوقع حين يكون معدل الذكاء في التوزيع المعتاد «الارتفاع الثاني».

هـ ـ يصيب عجز التعلم العام الشديد نحو 0.4 لكل 1000 من الأشخاص.

24-2: في حالات عجز التعلم العام الشديد:

أ ـ يزيد احتمال وجود سبب عضوي واضح مقارنة بالحالات الخفيفة.

ب ـ التأثيرات الجينية المتعددة لها أهمية عظمى كمسبب مقارنة بالحالات الخفيفة.

ج ـ يزيد عدد الذكور عن الإناث.

د ـ يجب التحاق الطفل بمركز للتدريب وليس بالمدرسة.

هـ ـ يحدث خلل ملحوظ في قابلية تعلم الطفل للمهارات الجديدة.

24-3: في النوع المعتاد المتعلق بالثقافة من عجز التعلم العام:

أ ـ محيط رأس الطفل عادة ما يكون أقل بنسبة ثلاثة في المئة.

ب ـ الأشقاء عادة ما يكون مستوى الذكاء لديهم عند الحد الأدنى.

ج ـ ينتشر وجود خلل إنزيمي ملموس في هذه الحالات.

د ـ يوجد انحدار في المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

هـ ـ يقع معدل الذكاء في المنطقة بين 35 و45.

4-24: فيما يتعلق بمتلازمة داون (Down's Syndrome):

أ ـ توجد في نحو 1 من كل 600 ولادة بالأمهات اللاتي يزيد عمرهن عن 45.

ب ـ 95٪ من الحالات سببها تغير موضع الصبغ 21.

ج ـ تحدث فى أكثر من 20٪ من مجمل حالات عجز التعلم العام «حاصل ذكاء أقل من 70».

د ـ يصحب الحالة ثقوب أذينية بالقلب.

هـ ـ يصحب الحالة ضمور الاثنى عشر الوراثي.

5-24: تتضمن المظاهر الشائعة لمتلازمة داون (Down's Syndrome) ما يلي:

أ ـ طول القامة.

ب ـ أخدود مفرد في راحة اليد.

ج ـ نقص في حجم الأذنين.

د ـ زيادة التوتر العضلي.

هـ ـ ثنيات فوق جفن العين

6-24: متلازمة هشاشة كروموسوم إكس (Fragile X Chromosome):

أ ـ تصيب ما يقرب من 1 لكل 170 من المواليد.

ب ـ تتضمن زيادة في تكرار الببتيدات الثلاثية.

ج ـ يقل معدل الذكاء في الذكور المصابين وليس الإناث منهم.

د ـ تضخم الخصية نادراً ما يحدث قبل البلوغ.

هـ ـ التشخيص المعملي يتطلب مزرعة خلايا في وسط يفتقر إلى الفولات (Folate).

24-7: متلازمة الجنين الكحولي:

أ ـ الطول والوزن ومحيط الرأس تكون في العادة أقل من المعدل عند الولادة.

ب ـ تكون السبب في 20٪ من حالات عجز التعلم العام الشديد.

ج ـ دائماً ما تتضمن بروز الأذنين.

د ـ دائماً ما تتضمن شق قصير للعين.

هـ ـ الشفاه العليا تكون ما يشبه القوس البارز.

24-8: المتلازمة التالية تورث بالنمط الذاتي المتنحي:

أ ـ التورم الليفي العصبي.

ب ـ وجود الجالاكتوز في الدم.

ج ـ هرلر.

د ـ تاي ساكس.

هـ ـ هنتز.

24-9: المتلازمات التالية تورث بالنمط الذاتي المتنحي:

أ ـ سترج ـ فيبر.

ب ـ البيلة الهوموسيستينية.

ج ـ بيلة الفنيل كتيون.

د ـ ليش ـ نيهان.

هـ ـ التصلب الحدبي.

10-24: التصلب الحدبي:

أ ـ العقد الجلدية وتحت الجلدية في توزيع الأعصاب الجلدية تظهر في الطفولة المتأخرة.

ب ـ التورم الدهني عادة ما يكون واضحاً عند بلوغ عمر عامين.

ج ـ البقع قليلة الأصباغ نادراً ما تظهر قبل سن المدرسة.

د ـ تكون مصحوبة بنمش إبطي.

هـ ـ نوع التشنجات الأكثر شيوعاً في هذه الحالة هو النوبات الصغرى.

11-24: حالات العدوى الآتية التي تحدث أثناء الحمل قد تكون متعلقة بحدوث عجز التعلم العام في الطفل:

أ ـ روبلا «الحصبة الألمانية».

ب ـ الحصبة.

ج ـ التوكسوبلازما.

د ـ ڤيروس ضخامة الخلايا.

هـ ـ ميكروب السيلان.

12-24: الأمور الآتية تلعب دوراً في الوقاية من عجز التعلم العام:

أ ـ تناول حامض الفوليك في وقت الحمل.

ب ـ مسح المواليد لحالة نقص الدرقية.

ج ـ مسح المواليد لحالة وجود الجلاكتوز في الدم.

د ـ التطعيم لشلل الأطفال.

هـ ـ تهدئة المرور في المناطق السكنية.

13-24: تكون حالات عجز التعلم العام مصحوبة مع زيادة مخاطرة حدوث ما يلي:

أ ـ اضطرابات السلوك.

ب ـ اضطرابات فرط النشاط.

ج ـ اضطرابات انفعالية.

د ـ اضطرابات توحدية.

هـ ـ اضطرابات النوم.

14-24: سلوك إيذاء النفس في الأطفال مع حالات عجز التعلم العام تكون:

أ ـ أكثر شيوعاً حين يكون التعلم العام شديداً وليس خفيفاً.

ب ـ أكثر شيوعاً حين يكون الأطفال في حالة ضجر أو عزلة.

ج ـ يتم تعزيز هذا السلوك حين يستجيب القائمون على الرعاية بالاهتمام الزائد.

د ـ من الأفضل العلاج بالأساليب السلوكية.

هـ ـ للأدوية المنبهة دور مساعد كعلاج للحالات.

15-24: التزاوج بين المتلازمات الطبية والأنماط السلوكية التالية يكون صحيحاً:

أ ـ متلازمة بدار ويلي والخلط المرضي للكلام.

ب ـ متلازمة ليش نيهان والإيذاء الشديد للنفس.

ج ـ متلازمة هشاشة الكروموسوم X والقلق الاجتماعي مع تجنب المواجهة.

د ـ الحصبة الألمانية الولادية ونهم تناول الطعام.

هـ ـ متلازمة الجنين الكحولي والتوحد.

25 ـ اضطرابات الدماغ:

25-1: المشكلات النفسية في الأطفال المصابين بالصرع أو الشلل الدماغي:

أ ـ أكثر شيوعاً مقارنة بالأطفال المعاقين نتيجة اضطرابات غير دماغية.

ب ـ هي بصفة رئيسية مشكلات انفعالية وسلوكية.

ج ـ تتضمن غالباً عدوان منهجي أو سلوك مضاد للمجتمع مثل التعدي والتخريب.

د ـ نوبات من الغضب سببها في العادة صرعي.

هـ ـ فرط النشاط واضطرابات التوحد يزيد ظهورها بصفة خاصة.

25-2: في الطفولة:

أ ـ عدوى ڤيروس نقص المناعة المكتسب يمكن أن تظهر في صورة فقدان المهارات السابقة بالإضافة إلى مشكلات انفعالية وسلوكية.

ب ـ الاعتداء الجنسي قد يظهر في صورة فقدان المهارات السابقة بالإضافة إلى مشكلات انفعالية وسلوكية.

ج ـ إصابات الرأس الشديدة يمكن أن تتسبب في انعدام الكف الاجتماعي الدائم.

د ـ التشنجات الرولاندية قد يتم تشخيصها بالخطأ على أنها نوبات هستيرية.

هـ ـ إصابات نصف كرة الدماغ اليسرى عادة ما تتسبب في الاكتئاب بصورة أكبر مما يحدث في إصابات الجهة اليمنى.

26 ـ اضطرابات اللغة:

26-1: الجوانب المختلفة للغة:

أ ـ الشعور الداخلي يعني التأثير الصوتي للكلام.

ب ـ الإعراب يعني الجمل الكلامية المكتملة والسليمة نحوياً.

ج ـ التغيرات الصوتية يعني التواصل عبر إيقاع الحديث وتأثيره.

د ـ الدلالات اللفظية تعني التواصل من خلال الإشارات.

هـ ـ علم دلالات الألفاظ يعني تشفير أو فك شفرات المعاني المتعلقة بالألفاظ.

26-2: فيما يتعلق باضطرابات اللغة في الطفولة:

أ ـ أقل من 1٪ من الأطفال ذوي الذكاء العادي لديهم اضطرابات لغة من النوع الشديد الدائم الذي يتسبب في خلل اجتماعي.

ب ـ الأولاد أكثر إصابة من البنات.

ج ـ في اضطراب الدلالة اللفظية يكون الشذوذ الرئيسي في استخدام ومحتوى اللغة وليس في شكلها.

د ـ اضطراب اللغة التعبيري أكثر ندرة من اضطراب اللغة الإستقبالي.

هـ ـ الأطفال الذين يتجاوزون تماماً مشكلاتهم اللغوية تظل لديهم احتمالات زائدة للإصابة بصعوبات القراءة والهجاء.

26-3: الاضطرابات النفسية في الأطفال المصابين باضطرابات اللغة:

أ ـ معظمها اضطرابات سلوكية.

ب ـ ليست أقل من المتوقع حين يؤخذ في الاعتبار تدني حاصل الذكاء.

ج ـ تكون أكثر وضوحاً في الأطفال الكبار من الصغار.

د ـ أكثر شيوعاً مع صعوبات النطق مقارنة بصعوبات اللغة الاستقبالية.

هـ ـ قد تتضمن مشكلات تشبه التوحد في العلاقات الاجتماعية.

27 ـ صعوبات القراءة:

27-1: اضطراب القراءة المحدد «صعوبة القراءة النمائية» تكون:

أ ـ موجودة في 15-25٪ من الأطفال.

ب ـ أكثر شيوعاً في البنات عن الأولاد.

ج ـ تزيد فرصة حدوثها في الابن الوحيد.

د ـ أكثر حدوثاً على وجه الخصوص في المناطق المحرومة داخل المدن.

هـ ـ مصحوبة باستخدام اليد اليسرى في 50٪ من الحالات.

27-2: اضطراب القراءة النوعي «صعوبة القراءة النمائية»:

أ ـ لا يجب تشخيص الحالة دون اختبار ذكاء الطفل.

ب ـ تتضمن الحالة عادة مشكلات شديدة في الهجاء أيضاً بجانب مشكلات القراءة.

ج ـ لا يمكن أن توجد إذا كان عمر القراءة للطفل أقل بفارق عام عن العمر الزمني للطفل.

د ـ ليست في العادة مصحوبة بأي صعوبات حسابية.

هـ ـ تكون مصحوبة بظاهرة الكتابة بما يشبه صورة المرآة.

27-3: الفحوص الروتينية لطفل يعاني من مشكلات القراءة يجب أن تتضمن ما يلي:

أ ـ فحص بالأشعة المقطعية بالحاسوب.

ب ـ قياس السمع.

ج ـ مخطط كهربية الدماغ.

د ـ القياس النفسي.

هـ ـ فحص الصبغيات.

4-27: اضطراب القراءة النوعي «صعوبة القراءة النمائية» يكون مصحوباً بما يلي:

أ ـ معدل الذكاء فوق العادي.

ب ـ الصرع أو الشلل الدماغي.

ج ـ الذكاء غير اللفظي أقل من الذكاء اللفظي.

د ـ اضطرابات السلوك والجنوح.

هـ ـ ضغوط عالية من جانب الوالدين من أجل الإنجاز الدراسي.

5-27: اضطراب القراءة النوعي «صعوبة القراءة النمائية» تكون في الغالب مع:

أ ـ تاريخ مرضي لمشكلات قراءة في الأسرة.

ب ـ الأبوان من الطبقة المتوسطة.

ج ـ فرط النشاط.

د ـ خلل في الوعي الصوتي (الرجوع للأصل).

هـ ـ الميل للخلط بين اليمين واليسار.

6-27: اضطراب القراءة النوعي «صعوبة القراءة النمائية» يكون مصحوبا بما يلي:

أ ـ رفض المدرسة.

ب ـ سوء التناسق الحركي.

ج ـ تاريخ مرضي لوجود حالات استخدام اليد اليسرى في الأسرة.

د ـ قصر النظر.

هـ ـ موهبة موسيقية أو فنية.

7-27: الأطفال الذين يعانون من اضطراب القراءة النوعي «صعوبة القراءة النمائية»:

أ ـ عادة ما يستمرون في المعاناة من مشكلات القراءة والهجاء رغم العلاج.

ب ـ لا يزيد حدوث الاضطرابات النفسية لديهم في المراهقة إذا لم تكن لديهم مشكلات نفسية في منتصف مرحلة الطفولة.

ج ـ عادة ما ينتهي بهم الحال إلى الحصول على مؤهلات دراسية فوق المعدل بسبب الميل للتعويض.

د ـ لديهم اختطار زائد للإصابة بالاكتئاب في مرحلة الرشد.

هـ ـ نسبة كبيرة منهم يعملون بمهن يدوية في الحياة عند الرشد.

28 ـ الارتباط غير الآمن:

1-28: فيما يتعلق بحالة تعلق الأطفال بمن يرعاهم:

أ ـ يتعلق الأطفال بالوالدين في البداية بسبب ارتباط الوالدين الشرطي بالطعام واللعب.

ب ـ يمكن توظيف الابتسام والصياح ونوبات الغضب على أنها سلوكيات تعلق.

ج ـ التقارب مع رمز القلق يقلل من السلوك الاستكشافي للطفل.

د ـ التعلق الاختياري لا يتضح عادة قبل سن 11 شهراً.

هـ ـ يميل سلوك التعلق إلى الزيادة إذا كان الطفل مريضاً.

2-28: إجراء الموقف الغريب:

أ ـ تم وضعها بواسطة جون بولبي.

ب ـ عادة ما تشمل الأطفال في سن 24-30 شهراً.

ج ـ تتضمن وجود شخص غير مألوف يقيم مع الطفل في نفس الغرفة أثناء االإجراء.

د ـ تتضمن الانفصال مرتين عن الوالدين أو من يقوم بالرعاية ومرتين يعود الانضمام إليهم.

هـ ـ عادة ما يتم القيام بها في منزل الطفل.

3-28: تقدير أمن التعلق من خلال إجراء الموقف الغريب:

أ ـ عند تقدير أمن التعلق لا يمثل كم الكرب المرتبط بالانفصال دليلاً جيداً مثل استجابة الطفل لإعادة الاتصال.

ب ـ عندما يترك الوالدان الأطفال المتعلقين بأمان ثم يعودون للدخول، فإن أطفالهم يستمرون في اللعب وكأن شيئاً لم يحدث.

ج ـ الأطفال من ذوي التعلق الذي يتصف بالمقاومة والتردد هم في حالة كرب من جراء الانفصال بما يصعب العودة للاستقرار بإعادة الاتصال.

د ـ الأطفال من ذوي التعلق غير المنتظم يتصرفون بطريقة تجسد الخوف والتشوش في وجود من يقوم بتقديم الرعاية.

هـ ـ الأطفال الذين يتجنبون التعلق يرحبون بالانفصال ويستجيبون لإعادة الاتصال بالغضب والدموع.

4-28: فيما يتعلق بأمان التعلق:

أ ـ أقل من نصف مجموع الأطفال في المجتمع يتمتعون بتعلق آمن.

ب ـ معظم الأطفال من الأسر التي تسيء معاملتهم يظهر لديهم نموذج التعلق غير المنتظم.

ج ـ يرتبط الاكتئاب الذي يصيب الأم بمعدلات عالية من التعلق غير الآمن.

د ـ من غير المعتاد أن يكون الطفل متعلقاً بأمان مع أحد الوالدين وليس كذلك مع الآخر.

هـ ـ في عينات المجتمع غالباً ما تكون نسبة أنواع التعلق المختلفة ثابتة في مختلف الثقافات.

5-28: المقابلة الخاصة بالتعلق بالنسبة للراشدين (AAI):

أ ـ تم وضعها بواسطة ماري أمسورث.

ب ـ تطبق أسلوب التحليل لتحديد الاستجابة الحالية للعقل فيما يتعلق بمسألة التعلق.

ج ـ تؤكد شروط التعلق الذاتي على الدليل المقنع إن الشخص كانت له علاقات ومساندة عاطفية في مرحلة الطفولة.

د ـ تتضمن علاقة التعلق المفقودة الكثير من الذكريات المحملة بالانفعالات مثل الرفض في الطفولة؛ مما يجعل الشخص كثير النقد للوالدين ولأسلوب التربية.

هـ ـ تصنيف المرأة الحامل في المقابلة هو مؤشر جيد لما سيكون عليه تصنيف التعلق بالنسبة لطفلها في المستقبل.

6-28: فيما يتعلق بقيمة التنبؤ للتصنيف المبكر للتعلق:

أ ـ أمن التعلق يُعتبر مؤشراً للتنبؤ بمواصفات الخلل الاجتماعي في حالة الراشد غير المألوف أكثر من حالة العلاقات المتقاربة.

ب ـ في حالة تطبيق الرعاية النهارية المبكرة المكثفة، فإن الارتباط بمن يقدمون الرعاية في هذه المراكز يكون أفضل من الارتباط بالوالدين في المستقبل.

ج ـ التعلق الآمن بالوالدين هو مؤشر على علاقة جيدة في المستقبل بالأخوة والمعلمين والزملاء.

د ـ الصغار من الأطفال من حالات التعلق الذي يتصف بالمقاومة والتردد

غالباً ما يظهرون العدوانية نحو الأطفال الآخرين في دور الحضانة.

هـ ـ معظم الراشدين ممن يعانون من أمراض عقلية أو اضطرابات الشخصية لديهم تاريخ مرضي لتعلق غير منتظم لم يتم علاجه في الطفولة.

29 ـ الطبع والتطبع (الطبيعة والتربية «التنشئة»):

29-1: حينما توجد خاصية أسرية مصحوبة باضطراب نفسي في الطفل:

أ ـ تكون مثالاً على عامل ثالث حين يكون السبب في الحالتين نفس الجين.

ب ـ تكون مثالاً على المعارضة إذا كان الاضطراب بسبب الأسرة.

ج ـ الأسرة قد لا تكون العامل الضار الذي يتسبب في الاضطراب.

د ـ الأسرة قد تتسبب في بعض الخصائص المتعلقة بالمدرسة التي أدت إلى الاضطراب.

هـ ـ من الاختبارات القوية لتأكيد إذا ما كانت الأسرة تمثل السبب المباشر للاضطراب، مراقبة تطور حالة الاضطراب بعد التدخل لتغيير خصائص الأسرة.

29-2: فيما يتعلق بالجينات والبيئة المشتركة أو غير المشتركة:

أ ـ إذا كانت السمة تتأثر بالبيئة المشتركة، فإن التوائم المتطابقة في هذه الحالة تكون متماثلة أكثر من التوائم غير المتطابقة.

ب ـ التماثل بين الأبناء ومن يقوم على تربيتهم من الأقارب من مقاييس تأثير وقوة البيئة المشتركة.

ج ـ عندما تكون العوامل الجينية هامة، فإن الأبناء يتشابهون مع أسرتهم الأصلية.

د ـ إذا كانت السمة متأثرة بصفة خاصة بالبيئة غير المشتركة، فإن الارتباط بين التوائم المتطابقة يكون بدرجة أقل.

هـ ـ التباين الذي لا يمكن تفسيره من خلال الجينات أو البيئة المشتركة، يمكن أن يُعزى إلى خطأ في القياس لدور الصدفة في نمو الدماغ.

3-29: فيما يتعلق بالجينات والبيئة المشتركة وغير المشتركة:

أ ـ بالنسبة لمعظم السمات النفسية تصل نسبة التوريث إلى نحو 50٪

ب ـ قابلية حدوث التوحد قليلة التوريث بصفة استثنائية.

ج ـ البيئة المشتركة تحدد نحو 30٪ من التباين في معظم السمات النفسية.

د ـ تشير الدلائل الحالية إلى أن المشكلات السلوكية تنتقل في الأسرة من خلال أسباب جينية أكثر من العوامل البيئية.

هـ ـ إذا كانت الأفضلية تؤثر في نمو الطفل، فإن ذلك يعد مثالاً على تأثير البيئة غير المشتركة.

30 ـ التعايش مع الظروف غير المواتية:

1-30: الدخول إلى المستشفيات:

أ ـ الطفل الذي يدخل المستشفى ويبقى بمفرده لمدة طويلة، غالباً ما يمر بمراحل الاحتجاج ثم اليأس والعزلة.

ب ـ دخول المستشفى له أثر سيء خاصة بالنسبة للأطفال الرضع أقل من سن 6 أشهر.

ج ـ الدخول لمرات متعددة وليس مرة واحدة، يكون مصحوباً بمعدلات عالية من اضطراب السلوك والجنوح.

د ـ الآثار طويلة الأمد لدخول المستشفى تكون ملحوظة في الأطفال من أسر غير متوافقة.

هـ ـ تقل الآثار الضارة لدخول المستشفيات إذا تم إقناع الوالدين بزيارة الصغير على فترات متباعدة؛ مما يقلل من الأثر الأليم لعدم التواصل والانفصال بصورة متكررة.

2-30: حين يفقد الطفل أحد أبويه بالوفاة:

أ ـ غالباً ما يؤدي ذلك إلى الانسحاب الاكتئابي الشديد.

ب ـ قد ينشأ عن ذلك فقدان اهتمام دائم بالمدرسة.

ج ـ ليس من غير المألوف تعبير الطفل عن الكرب من خلال سلوك عدواني أو تخريبي أو بالتمرد.

د ـ تزيد مخاطرة إصابة هذا الشخص بالاكتئاب في مرحلة الرشد.

هـ ـ تقل قابلية التعرض للمشكلات النفسية على المدى الطويل مقارنة بمن يفقدون أحد الوالدين بسبب الطلاق.

3-30: حين يفقد الطفل أحد أبويه من خلال الانفصال أو الطلاق:

أ ـ تكون الأمهات غالباً في حالة عدم انسجام خصوصاً مع الذكور من الأبناء.

ب ـ يستجيب الطفل بأن يكون أكثر إيجابية نحو المعلمين وغيرهم من الكبار.

ج ـ تكون البنت أكثر تأثراً من الولد عقب الانفصال مباشرة.

د ـ تتأثر البنت بصورة أكبر من الولد حين تتزوج الأم بعد الانفصال عن الأب

هـ ـ كلما كان عمر الطفل أصغر زادت فرصة قيام علاقة جيدة بينه وبين زوج الأم.

4-30: المشكلات النفسية في الأطفال من والدين أصابهما المرض العقلي تكون كالتالي:

أ ـ في الأغلب اضطرابات انفعالية أكثر منها سلوكية.

ب ـ تُعزى في الأغلب إلى التعرض لعداء الوالدين والخلافات الزوجية.

ج ـ أكثر قابلية للحدوث إذا كان أحد الوالدين يعاني من اضطرابات نفسية أكثر من اضطرابات الشخصية.

د ـ تزيد احتمالاتها حين يكون الطفل صعب المزاج.

هـ ـ أكثر شيوعاً بين البنات أكثر من الأولاد.

5-30: فيما يتعلق بحجم الأسرة وترتيب الطفل بين أخوته:

أ ـ الطفل الوحيد أكثر قابلية للإصابة بالمشكلات النفسية من الطفل الذي له أشقاء.

ب ـ الأطفال من أسر كبيرة العدد لديهم مخاطر كبيرة للإصابة بالتوحد.

ج ـ مخاطر جنوح الأحداث لها علاقة بعدد الأخوة أكثر من علاقتها بعدد الأخوات.

د ـ الأطفال من متوسطي الإنجاز يأتون من أسر كبيرة العدد أكثر من كونهم الطفل المولود أخيراً.

هـ ـ رفض المدرسة يحدث أكثر في الطفل المولود أولاً مقارنة بالطفل الأخير.

31 ـ عوامل المدرسة والأقران:

1-31: فيما يتعلق بالأطفال العدوانيين (المستأسدين على من هم أضعف منهم) وضحاياهم:

أ ـ معظم المستأسدين من الأولاد.

ب ـ معظم الضحايا بنات.

ج ـ استخدام الاستبعاد الاجتماعي أو حملات الهمس من خصائص العدوان النسائية أكثر من الرجال.

د ـ المستأسدون وضحاياهم عادة ما يكونوا في مراحل دراسية مختلفة.

هـ ـ بوسع التدخل المخطط جيداً أن يقلل نسبة عدوان القوي على الضعيف في المدارس بنحو 50٪

2-31: فيما يتعلق بضحايا الاستئساد:

أ ـ الأطفال الذين يتصفون بفرط الحساسية والشخصية المرهفة أكثر قابلية ليكونوا من الضحايا.

ب ـ الأطفال الضعفاء بدنياً أكثر قابلية ليكونوا من الضحايا.

ج ـ الأطفال الذين يعانون فرط النشاط أكثر قابلية ليكونوا من الضحايا.

د ـ بعض الأطفال هم من الضحايا لأنهم يستفزون الآخرين بالتوبيخ أو إثارة المتاعب لهم.

هـ ـ معظم الضحايا لهم صداقات طبيعية.

3-31: المستأسدون (هم من يعتادون على إيذاء من هم أضعف منهم) هم:

أ ـ عادة من المنقادين ويتصرفون جيداً مع الوالدين والمعلمين.

ب ـ أكثر تعرضاً من غيرهم من الأطفال لخبرات عدائية وقسوة من الوالدين.

ج ـ عادة يكونون من الأطفال القلقين تجاه زملائهم.

د ـ هم مرفوضون عموماً من زملائهم.

هـ ـ لديهم مخاطر عالية للإجرام واستخدام الكحول في مرحلة الرشد.

4-31: فيما يتعلق بشعبية الأقران أو عدم الشعبية:

أ ـ أسلوب سؤال الطفل في فصل دراسي عن الشخص الذي يفضل اللعب معه «الانتخاب الإيجابي»، وعن الذي لا يفضل اللعب معه «الانتخاب السلبي» يُعرف بالقياس الإنساني.

ب ـ بعض الأطفال هم عامل جذب لكل من الانتخاب الإيجابي والسلبي.

ج ـ الأطفال المرفوضون لهم الكثير من الانتخاب السلبي وقليل من الإيجابي، بينما للأطفال المهملين قدر قليل من الانتخاب النوعي.

د ـ العوامل البدنية مثل البدانة أو استخدام النظارات الطبية من الأمور الشائعة كأسباب معروفة للرفض من الأقران.

هـ ـ الأطفال المهملون والمرفوضون لديهم قابلية متساوية للإصابة بمشكلات الصحة العقلية.

5-31: فيما يتعلق بتأثيرات المدرسة على السلوك:

أ ـ يمكن تفسير التباين بين المدارس في معدلات الجنوح والغياب من خلال المنطقة التي تقع فيها المدرسة ونوعية الطلاب.

ب ـ المشكلات السلوكية أكثر شيوعاً في المدارس الكبرى.

ج ـ المشكلات السلوكية أقل شيوعاً في المدارس التي يتم فيها تقدير التلاميذ وتشجيعهم على تحمل المسؤولية.

د ـ المشكلات السلوكية أكثر شيوعاً عندما تكون مباني المدرسة قديمة وأفنيتها ضيقة.

هـ ـ المشكلات السلوكية أقل شيوعاً في المدارس التي تتميز بمستويات دراسية عالية.

32 ـ المداخلة والمبادئ الأولية:

1-32: المسمى التشخيصي:

أ ـ يمكن أن يزيد من شعور الأسرة بعدم الكفاءة واليأس.

ب ـ قد يشفي خوف الأسرة من المجهول.

ج ـ يجب أن تُعطى فقط حين تتواجد معالجة محددة للحالة.

د ـ يجب أن تكون مصحوبة أو يتبعها تقديم معلومات للوالدين عن الحالة.

هـ ـ غالباً ما تسهل الوصول إلى الخدمات المناسبة للحالة.

2-32: فيما يتعلق بالعلاج:

أ ـ من الممارسات السيئة الاعتماد على نوعية أو أكثر من وسائل العلاج في نفس الوقت.

ب ـ «تعطيل السيادة» قد يكون أكثر المداخل العلاجية السلوكية ملائمة في الاضطرابات ذات المآل الجيد.

ج ـ إذا فُرض أن الأعراض تُعالج بكفاءة، فإن الخلل الاجتماعي الناجم عن هذه الأعراض سوف يتلاشى.

د ـ الاضطرابات الحيوية تتطلب معالجة حيوية، والاضطرابات النفسية تتطلب معالجة نفسية.

هـ ـ لمساعدة الوالدين فإن فهم المعلمين والأطفال لمسببات الحالات قد يكون تدخلاً قوياً في حد ذاته.

3-32: توجد دلائل مؤكدة وسليمة على فعالية ما يلي:

أ ـ العقاقير ثلاثية الحلقات في اكتئاب الطفولة.

ب ـ المعالجة السلوكية في حالات التبول اللاإرادي.

ج ـ تدريب الوالدين في حالات اضطراب السلوك.

د ـ العلاج الأسري في مرض القهم العصابي.

هـ ـ العمل الاجتماعي في حالات الجنوح.

4-32: فيما يتعلق بفعالية المعالجة:

أ ـ بعض أساليب المعالجة النفسية العشوائية قد تكون أكثر تسبباً في الضرر من الإحجام عن تقديم أي علاج.

ب ـ حين يتم تقييم المحاولات بالتحليل الإحصائي يجب أن نتذكر أن الدلائل ذات القيمة الإحصائية ليست بالضرورة ذات قيمة إكلينيكية.

ج ـ لو أن محاولة أظهرت حجم تأثير مقداره 0.1، فإن هذه المعالجة تحرك المريض الذي أُجريت عليه بقيمة انحراف معياري واحد ليقترب من المعدل المتوسط.

د ـ العلاجات النفسية الناجحة لها حجم تأثير حول 1.3 إلى 1.5 حين يتم إجراؤها في الأبحاث.

هـ ـ في الحالات الإكلينيكية العادية يكون معدل حجم التأثير بالنسبة للعلاجات النفسية ما يقرب من 0.6 إلى 0.8.

5-32: هذه العوامل ربما تكون مسؤولة عن نقص فعالية العلاجات النفسية للأطفال في الممارسة الإكلينيكية الروتينية مقارنة بالمحاولات البحثية:

أ ـ العيادات تقلل من استعمال العلاج الأسري.

ب ـ العيادات تقوم بعلاج حالات كثيرة من اضطرابات متعددة، ويصعب أن تتعامل مع الأسر.

ج ـ العيادات تقلل من استعمال العلاج المخطط باستخدام دلائل المعالجة.

د ـ الأطباء الممارسون أقل تأثيراً من المعالجين الباحثين.

هـ ـ المحاولات البحثية كثيراً ما تتضمن مزيجاً من وسائل العلاج الانتقائية.

6-32: فيما يتعلق بمحدودية توصيات العلاج المبني على الدليل:

أ ـ غالباً ما تلقي بقيود أخلاقية على حرية الممارسة الطبية.

ب ـ كثير من حالات العيادات لديها متلازمات مرضية مختلطة، أو جزئية لم يتم دراستها من قبل.

ج ـ تستمد دلائل التأثير الدوائي من دراسات على عينات من الطبقة الوسطى من البيض في أمريكا وهذا قد لا ينطبق على مجموعات أخرى.

د ـ ظروف الطفل أو الأسرة قد تدع الخطوات النظامية المتبعة غير فعالة.

هـ ـ تؤدي المحاولات البحثية إلى التوصل للاختيار الأمثل للعلاج دون تحديد ما يتم عمله إذا فشل هذا الاختيار أو لم يمكن تطبيقه عملياً.

33 ـ الوقاية

33-1: فيما يتعلق ببرامج الوقاية:

أ ـ البرامج العالمية تتجنب الحاجة إلى اختيارات مسحية.

ب ـ البرامج الموصى بها تركز على الأشخاص الذين لديهم مخاطرة عالية للإصابة بأعراض مرضية.

ج ـ البرامج الموجهة تركز على الأشخاص الذين أُصيبوا بالفعل ببعض الأعراض المرضية.

د ـ بالنسبة لاضطراب التحميل الجيني القوي لا تكون الوقاية فعالة تماماً.

هـ ـ تحسين عوامل الحماية يعتبر فكرة جيدة من الجهة النظرية، لكن ذلك في الأغلب لا يحدث في الواقع العملي.

33-2: فيما يتعلق بمصطلح الاختبارات المسحية:

أ ـ الحساسية معناها نسبة الأشخاص الذين يعانون من الحالة والذين يمكن التعرف عليهم من خلال اختبارات مسحية.

ب ـ القيمة التنبؤية الموجبة معناها نسبة الموجب الزائف فيما بين الأشخاص الذين يتم التنبؤ بإصابتهم بالحالة من خلال الاختبارات المسحية.

ج ـ التخصصية معناها نسبة التنبؤات السالبة من خلال المسح تتحول إلى أشخاص لا يصابون بالحالة.

د ـ القيمة التنبؤية السالبة معناها نسبة التنبؤات السالبة من خلال المسح التي تتحول إلى سلبي زائف.

هـ ـ بالنسبة لاختبار مسحي محدد، فإن تقليل الحد لزيادة الحساسية يؤدي عادة إلى نقص القيمة التنبؤية الموجبة.

34 ـ الدواء والغذاء

1-34: فيما يختص بالتأثير الدوائي والتباين بين الأطفال والكبار:

أ ـ الأطفال لديهم حامضية أقل بالمعدة، ولذلك يتسارع امتصاص العقاقير الحمضية مثل الأدوية ثلاثية الحلقات.

ب ـ مقارنة بحجم الجسم فإن الكبد في الأطفال أقل في النشاط الأيضي، ولذلك ينقص التكرير بالمرور الأول للأدوية التي يتعامل معها الكبد.

ج ـ للأطفال نسبة عالية نسبياً من السائل خارج الخلايا؛ مما يزيد حجم التوزيع.

د ـ للأطفال حاجز أكثر سماحاً بالمرور بين الدم والدماغ.

هـ ـ لكي يتم ضبط الفوارق في تأثير الأدوية فإن جرعات الوزن المتساوي من الأدوية المؤثرة على الحالة العقلية تقل جرعاتها بنسبة 25-50 في الأطفال عنها في الكبار.

2-34: فيما يتعلق بالأدوية المنبهة:

أ ـ المنبهات الأكثر تأثيراً لها فعل مشترك معاضد للسيروتونين ومضاد للكولين.

ب ـ حين يتم استخدام المنبهات لعلاج فرط الحركة، فإن فعلها نادراً ما يتجاوز 0.6.

ج ـ حين يستجيب الطفل مفرط الحركة للمنبهات، فإن الفائدة لا تستمر غالباً أكثر من 4-6 أشهر.

د ـ إن فرط النشاط في أطفال التوحد قد يتحسن بالمنبهات غير أن ذلك يكون على حساب تفاقم السلوك التكراري في بعض الأحيان.

هـ ـ المنبهات لا تؤدي غالباً إلى تقليل عدم الاستقرار أو تشتت الانتباه إذا كان لدى الطفل اضطراب عرّة مصاحب.

3-34: في الأطفال والمراهقين: للأدوية المؤثرة على الجهاز العصبي دور واضح في:

أ ـ المعالجة الحادة للانتكاسات الفصامية.

ب ـ المعالجة الحادة لحالات القهم العصابي.

ج ـ المعالجة طويلة الأمد لمتلازمة توريت.

د ـ المعالجة طويلة الأمد للسلوك العدواني في الأشخاص الذين لديهم عجز التعلم العام.

هـ ـ المعالجة طويلة الأمد لفرط الحركة والتكرارية في الأشخاص الذين لديهم عجز التعلم العام.

4-34: فيما يختص بالآثار الجانبية للأدوية المؤثرة على الجهاز العصبي:

أ ـ التهدئة يمكن أن تتداخل مع التعلم.

ب ـ سلبريد (Sulpride) ورسبردون (Risperidone) أكثر من هالوبريدول (Haloperidol) في التسبب في رد فعل خلل التوتر (Dystonia).

ج ـ العقاقير المضادة للفعل المسكاريني التي تعالج الآثار الجانبية الباركنسونية يمكن عادة وقف تعاطيها بعد مرور 6 أسابيع.

د ـ يمكن لعقار بيموزيد أن يتسبب في خلل إيقاع قاتل بالقلب.

هـ ـ قابلية حدوث خلل الحركة المتأخر ترتبط بالجرعة التي يستخدمها المريض على مدى الحياة من الأدوية المؤثرة على الجهاز العصبي.

5-34: فيما يتعلق بالمتلازمة الخبيثة للأدوية المؤثرة على الجهاز العصبي (Neuroleptic Malignant Syndrome):

أ ـ تقل حرارة الجسم باضطراد كلما أصبح الشخص قليل الحركة

بصورة متزايدة.

ب ـ علامات اضطراب الوظائف الذاتية تشمل الشحوب والعرق والارتعاش.

ج ـ قد تظهر فحوص الدم زيادة فسفوكيناز الكرياتنين وزيادة نسبة كريات الدم البيضاء.

د ـ المتلازمة عادة ما تتطور من أعراض مبكرة إلى هبوط الدورة الدموية وإخفاق أعضاء متعددة فى أقل من 12 ساعة.

هـ ـ إذا ما بدأت المتلازمة فإن الأدوية المؤثرة على الجهاز العصبى يجب وقفها تدريجياً وليس فجأة.

6-34: فيما يتعلق باستخدام الأدوية ثلاثية الحلقات المضادة للاكتئاب فى الاطفال والمراهقين:

أ ـ الإيمبيرامين (Imipramine) له قيمة موثقة في علاج فرط النشاط.

ب ـ الكلومبرامين (Clomipramin) له قيمة موثقة في علاج اضطراب الوسواس القهري.

ج ـ الإيمبيرامين (Imipramin) يمكن أن يقلل من تتابع بلل الفراش.

د ـ الدسبرامين (Desipramin) له ارتباط خاص بحدوث خلل إيقاع القلب والموت المفاجئ.

هـ ـ تتضمن العلامات التحذيرية للتسمم القلبي الناجم عن الأدوية ثلاثية الحلقات استطالة مسافة PR وQT.

7-34: كلونيدين (Clonidine):

أ ـ له فعل أدرينالي مشترك مع فعل معاضد للدوبامين.

ب ـ حتى مع جرعات ثابتة فإن الأثر العلاجي قد تتزايد وتيرته لشهور عدة.

ج ـ يتم استخدامه لعلاج فرط النشاط.

د ـ يتم استخدامه لعلاج الاكتئاب.

هـ ـ يوقظ الأطفال ويتداخل مع دخولهم إلى النوم.

8-34: فيما يتعلق باستخدام الليثيوم في الأطفال والمراهقين:

أ ـ يستخدم الليثيوم على نطاق واسع في المعالجة والوقاية من الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب.

ب ـ يمكن استخدام الليثيوم في السيطرة على الاضطراب السلوكي الذى لا يستجيب لوسائل العلاج النفسي.

ج ـ إن مراقبة مستوى الليثيوم في البلازما لا أهمية له، أو له أهمية قليلة في الأطفال والمراهقين.

د ـ يعتبر الشعور بالعطش والارتعاش الدقيق من علامات الإنذار للتسمم بالليثيوم.

هـ ـ إن إجراء فحص دوري لوظائف الغدة الدرقية مطلوب بسبب مخاطرة الإصابة بنقص الدرقية الناجم عن الليثيوم.

9-34: فيما يتعلق بالأدوية الخاصة بالأطفال والمراهقين:

أ ـ استخدام البنزوديازبينات (Benzodiazepin) والأدوية المنومة الأخرى يمثل علاجاً كافياً لمشكلات النوم في الأطفال.

ب ـ الأدوية المثبطة لاستعادة السيروتونين (SSPI) ثبت فعاليتها في علاج اضطراب الوسواس القهري.

ج ـ من الآثار الجانبية الشائعة لعقاقير السيروتونين اضطرابات الجهاز الهضمي وعدم الاستقرار.

د ـ المحاولات التى أُجريت للمقارنة بالدواء الوهمي (Placebo) تشير إلى زيادة مخاطر تسبب أدوية السيروتونين في الانتحار وإيذاء النفس.

هـ ـ الأدوية المثبطة لإنزيم أكسيداز أحادي الأمين [Mono Amine

[Oxidase Inhibitor (MAO-I) مثل مكلوبميد (Moclobemide) يتطلب استخدامها توخي الحذر حيث إنها تتفاعل بصورة سيئة تفوق نظائرها غير الانتقائية مع الأغذية المحتوية على الأمينات.

10-34: حين تتأثر مشكلات الأطفال السلوكية بالغذاء، فإن المكونات الغذائية التي يشيع مسؤوليتها عن ذلك تتضمن:

أ ـ الألوان الاصطناعية، والنكهات، والمواد الحافظة.

ب ـ السكريات.

ج ـ منتجات الألبان.

د ـ فاكهة الموالح.

هـ ـ أنواع الطعام التي يميل إليها الطفل بصورة خاصة.

11-34: حين تكون المشكلات السلوكية للأطفال من تأثير الطعام:

أ ـ اختبار بقعة الجلد يمكن من خلالها التعرف على المكونات الغذائية المسببة للحالة.

ب ـ اختبارات الدم «الجلوبولين المناعي E »، يمكن من خلالها التعرف على المكونات الغذائية المسببة للحالة.

ج ـ أسلوب «الأطعمة القليلة»، يمكن من خلاله التعرف على عدم احتمال الغذاء باستبعاد غالبية أنواع الطعام ثم إدخالها تدريجياً.

د ـ المحاولات المضبوطة أظهرت فعالية (غذاء فينجولد) الخالي من الإضافات والسلسلات الطبيعية.

هـ ـ الغذاء الاستبعادي الذي يقلل فرط النشاط لا يتسبب غالباً في خفض كبير في مستوى الاستثارة والعداء المصاحب.

35 ـ المعالجات السلوكية:

35-1: فيما يتعلق بالتشريط الإجرائي:

أ ـ القواعد تم وصفها لأول مرة بواسطة واطسن.

ب ـ «التعزيز الإيجابي» يعنى مكافأة السلوك المرغوب فيه.

ج ـ «التعزيز السلبي» يعني سحب المكافأة عقب سلوك غير مرغوب فيه.

د ـ «الانطفاء» يعني أن السلوك يصبح أقل حدوثاً مع إبعاد العواقب التي كان يتم مكافأتها من قبل.

هـ ـ يمكن استخدام التشريط الإجرائي لزيادة السلوكيات المرغوب فيها كما يمكن استخدامه لتقليل السلوكيات غير المرغوب فيها.

35-2: في المعالجات السلوكية:

أ ـ تحليل (ABC) يعني الوجدان والسلوك والمعرفة.

ب ـ الفسحة تعني مكافأة على سلوك جيد عندما يتم السماح للطفل بفترة استراحة من الأنشطة التي يكلفه بها الكبار.

ج ـ تكلفة الاستجابة يمكن أن تتضمن جعل الطفل يدفع النقود التي حصل عليها كمصروف إذا قام بسلوك غير مرغوب فيه.

د ـ يجب منح المكافأة فوراً عقب حدوث السلوك المرغوب فيه.

هـ ـ إذا لم تتوقف السلوكيات غير المرغوب فيها كلية، فإنها عادة ما تزيد في المدى المتوسط.

35-3: في العلاج السلوكي:

أ ـ يجب تبديل المكافآت كل عدة أيام.

ب ـ استخدام الأنشطة الترويحية المفضلة للطفل كمكافأة يعرف بقاعدة بريماك.

ج ـ لا يجب السماح للمراهقين بمناقشة النظم المتبعة في المنزل.

د ـ تزيد الفعالية إذا ما تم وضع المعتقدات والحالة المزاجية للوالدين والأطفال في الاعتبار.

هـ ـ التشريط التقليدي يتضمن ربط الاستجابة الفسيولوجية بمنبه جديد.

4-35: المعالجات القائمة على السلوكيات:

أ ـ تفيد بصفة خاصة في اضطرابات الطعام والنوم والإخراج في الأطفال الصغار.

ب ـ أكثر فعالية في فرط النشاط عنها في السلوك المضاد للمجتمع.

ج ـ لا يُعتبر إثارة انتباه الوالدين مكافأة مفيدة للطفل المضاد للمجتمع حيث إنهم لا يعيرون اهتماماً لوالديهم.

د ـ عند استخدام الانطفاء (Extinction) قد يسوء السلوك غير المرغوب فيه في البداية بينما يحاول الطفل المحافظة على الوضع السابق «ثورة الانطفاء».

هـ ـ تم توثيقها بكثير من دراسات الحالة الواحدة وقليل من المحاولات المضبوطة العشوائية.

36 ـ العلاج المعرفي والعلاج بين الأشخاص

1-36: العلاج المعرفي:

أ ـ لا يجب استخدامه مع العلاج السلوكي.

ب ـ يتهم بالتشوهات التي تصيب محتوى التفكير.

ج ـ لا يؤثر في السلوك.

د ـ يهتم بالأمور المعرفية للانفعالات وليس بالانفعال نفسه.

هـ ـ هو على وجه العموم أكثر فائدة في المراهقين مقارنة بالأطفال.

2-36 العلاج المعرفي:

أ ـ أقل كثيراً من تأثير مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات في حالات اكتئاب المراهقين.

ب ـ يؤدي إلى استجابة مقنعة فيما يقرب من نصف حالات الاكتئاب في المراهقين، وكثير منهم ينتكس فيما بعد.

ج ـ يساعد نسبة تقل عن ثلث الأطفال المصابين بأعراض القلق.

د ـ أقل تأثيراً من الأدوية في حالات فرط النشاط.

هـ ـ أكثر تأثيراً من العلاج السلوكي في حالات فرط النشاط.

3-36: برامج مهارات حل المشكلات الاجتماعية:

أ ـ قام بدور الريادة لها (ميرنا شير) و(جورج سبيفاك).

ب ـ دائماً ما يتم تنفيذها بطريقة واحد إلى واحد.

ج ـ يتطلب من الطفل وضع عدد من الحلول البديلة للمشكلة.

د ـ يعلم الأطفال كيفية تجاهل غضبهم في مواقف الصراع.

هـ ـ يساعد الأطفال في التركيز على السلوك المحدد للآخرين وليس على دوافعهم.

4-36: العلاج النفسي بين الأشخاص:

أ ـ تطور من خلال أعمال (ميلاني كلين).

ب ـ يركز على دور التنشئة السابقة في التأثير على العلاقات الحالية.

ج ـ يمكن أن يتضمن مناظرة الآباء مع المريض في الجلسة.

د ـ يهتم بصفة خاصة بالأمور المتعلقة بالنمو في أسرة ذات العائل الواحد.

هـ ـ يتنبأ المعالج بأن المشاعر الاكتئابية سوف تتفاقم بعد انتهاء العلاج مباشرة.

5-36: في العلاج النفسي الديناميكي مع الأطفال:

أ ـ من المعتاد الحصول على الموافقة الموقعة من الطفل قبل البدء في العلاج.

ب ـ لا يتم تقديم نصائح.

ج ـ الهدف الرئيسي هو تخفيف الأعراض.

د ـ قد يتم تركيز التفسير على رسم أو لعب الطفل بصفة مبدئية أكثر مما يقوله الطفل.

هـ ـ إذا ما تم التركيز بنجاح على واقع الطفل الداخلي، فإنه لا المعالج ولا أي من أفراد الفريق العلاجي يجب أن يعمل مع الطفل، أو الأسرة على تغيير الواقع الخارجي.

37 ـ العلاجات الأسرية والمجموعية:

1-37: في العلاج الأسري:

أ ـ يتم رؤية السلوك على أنه يتشكل بواسطة السياق التفاعلي الذي يحدث فيه.

ب ـ من واقع التعريف فإن قواعد الأسرة واضحة ومعروفة لكل أعضاء الأسرة.

ج ـ بعض الأفكار يتم استلهامها من علم الضبط ونظرية الأنظمة العامة.

د ـ العملية التي تحكم كيفية التواصل بين أفراد الأسرة أكثر أهمية من محتوى ما يقوله كل منهم للآخر.

هـ ـ النماذج القائمة على قاعدة عدم التأكيد (لهيسنبرج) كثيراً ما يتم استخدامها.

2-37: في العلاج الأسري نجد المراحل الهامة في دورة حياة الأسرة تتضمن:

أ ـ مغادرة المنزل.

ب ـ انضمام أعضاء من الأسرة الممتدة عقب الزواج.

ج ـ الانتقال من منزل إلى آخر.

د ـ زيادة استقلالية المراهقين بما يجعلهم يخرجون ويدخلون في نظام الأسرة.

هـ ـ إعادة ضبط العلاقة الزوجية عقب التقاعد.

3-37: في العلاج الأسري التكويني:

أ ـ يتم تأكيد سلطة الأبوين على الأطفال.

ب ـ قد يؤدي عدم التعرف على الحدود إلى التداخل.

ج ـ الحدود التي لا تسمح بالنفاذ قد تتسبب في راحة البال.

د ـ التحالف بين اثنين من أعضاء الأسرة ظاهرة غير صحية.

هـ ـ التثليث للطفل مع والديه من الأمور المرغوب فيها.

4-37 في العلاج الأسري التكويني:

أ ـ الأسئلة الدوارة جزء من مفتاح التقييم.

ب ـ المعالج يقوم بدور توجيهي.

ج ـ يضبط المعالج نفسه على نمط الأسرة حتى يعرف طبيعته.

د – قد يعمد المعالج إلى محاولة قلب توازن النظام في الأسرة بواسطة الإفصاح عن أسلوب اضطرابها.

هـ ـ الحدود بين النظم التحتية للأشقاء والوالدين قد يتم تعزيزها بجعل الأشقاء يقومون بأعمال مشتركة.

5-37 في العلاج الأسري الاستراتيجي:

أ ـ كل أسلوب يمكن أن يُنظر إليه على أنه تواصل.

ب ـ التركيز يكون غالباً على الأوقات التي تغيب فيها سلوك المشكلات.

ج ـ من المهم تحديد كيفية إثارة المشكلات.

د ـ قد يقوم المعالج بتشجيع أحد أعضاء الأسرة ممن لديه مشكلة سلوك بإبرازها في مناسبات عديدة.

هـ ـ من المهم إظهار احترام الأسرة وهمومها بتجنب المزاح أو التعليقات خفيفة الظل.

6-37: في نوع (ميلان) للعلاج الأسري المنتظم:

أ ـ يكون التركيز على السلوك وليس المعتقدات.

ب ـ تظهر الاستفسارات الدورية العلاقات المتداخلة بين أفراد الاسرة.

ج ـ يقوم المعالج بطرح الحلول.

د ـ قد يتم ترتيب الأعراض كمحاولة مساعدة بواسطة الطفل لحفظ اتزان الأسرة.

هـ ـ يتم تنفيذ الافتراضات قبل رؤية الأسرة.

7-37: فيما يتعلق بأساليب العلاج الأسري:

أ ـ استظهار المشكلة يكون أسلوباً يساعد في بعض الأحيان على توحيد الأسرة في معركتها لمواجهة المشكلة.

ب ـ العلاج الروائي يؤكد قوة تأثير الحكايات التي يرويها الناس لأنفسهم على حياتهم.

ج ـ (سلفادور منش) يرتبط اسمه بالعلاج الأسري المنتظم.

د ـ تتوقع المدارس الرئيسية في العلاج الأسري أن يتم مناظرة الطفل بمفرده مرة واحدة على الأقل قبل بداية العمل مع الأسرة.

هـ ـ توجد دراسات محكمة متعددة لتأكيد أهمية العلاج الأسري لمشكلات الطفولة الوسطى.

38 ـ الرعاية الصحية (الحضانة) والتبني

1-38: في المملكة المتحدة:

أ ـ أكثر من 1٪ من الأطفال والمراهقين يتم رعايتهم بالتبني.

ب ـ أكثر من نصف رعاية التبني تستمر ترتيباتها لمدة تقل عن 6 أشهر.

ج ـ معظم الأطفال يتم تبنيهم بواسطة الأقارب «حضانة الأقارب» أكثر من الغرباء.

د ـ المتخصصون في حضانة الأطفال يمكن منحهم مكافآت مجزية نظير

رعاية طفل صعب والتفرغ له كل الوقت.

هـ ـ يظل للآباء الحقيقيين للطفل بعض المسؤولية عنه حتى عندما تأخذ السلطات المحلية في القيام بواجبات الرعاية له.

2-38: عند مقارنة الأطفال والمراهقين في رعاية الحضانة بأقرانهم الذين يعيشون في كنف والديهم:

أ ـ مجمل معدل الاضطرابات النفسية يزيد لأكثر من الضعف.

ب ـ يتزايد انتشار اضطرابات الطيف التوحدي بصفة خاصة.

ج ـ يتزايد انتشار اضطراب الوسواس القهري بصفة خاصة.

د ـ يتزايد انتشار اضطرابات التعلق بصفة خاصة.

هـ ـ معدلات مدى الحياة لظاهرة الإجرام تزيد بنسبة خمسة أضعاف على أقل تقدير.

3-38: العوامل التالية من شأنها مساعدة التنبؤ بمقدرة الوالدين الحاضنين لأطفال التبني على الاستمرار في رعايتهم:

أ ـ عمر الطفل أقل من عامين وقت انضمامه للأسرة.

ب ـ افتقاد الوالدين الحاضنين لأطفال التبني للثقة بقدرتهم على التعامل مع الطفل.

ج ـ وجود مشكلات سلوكية لدى الطفل.

د ـ شعور الوالدين الحاضنين لطفل التبني أنه غير ملائم للبقاء معهم.

هـ ـ الطفل الذى تم عزله عن أسرته نظراً لتعرضه لمعاملة سيئة وتفرقة بينه وبين إخوته من جانب الوالدين الحقيقيين.

39 ـ تنظيم الخدمات

1-39: إن ترك مهام خدمات الصحة النفسية للطفل كلية لقوى السوق الحر، يمكن أن يؤدي إلى مستوى أقل من المقبول بسبب:

أ ـ معظم الأسر لا تعتبر من المستهلكين الذين يتمتعون بالوعي الجيد.

ب ـ الخدمات العامة يتم إدارتها عادة بكفاءة أكبر.

ج ـ الأسر الفقيرة ستعاني من الضياع.

د ـ احتكار الخدمة قد يؤدي إلى زيادة الأسعار.

هـ ـ لن تقل التكلفة التى تتحملها الأسرة بما يعكس المنفعة غير المباشرة للمجتمع ككل.

2-39: فيما يتعلق بالوضع الراهن لتقديم خدمات الصحة النفسية للأطفال في الدول النامية:

أ ـ ميزانية الصحة النفسية لكل ألف طفل في عموم السكان تقل بصورة ملحوظة عن الميزانية المقابلة لكل ألف من الكبار في عموم السكان.

ب ـ معظم الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، لا يتم رعايتهم بواسطة خدمات الصحة النفسية للأطفال.

ج ـ زيادة الإنفاق على الخدمات ثبت أنه يؤدي إلى عائد أفضل.

د ـ تتكلف الخدمات الشاملة لمن هم تحت سن 18 سنة أكثر بكثير من الخدمات التي تقدم لمن تحت سن 16 سنة.

هـ ـ يتم توزيع المسؤولية عن علاج الاضطرابات السلوكية بصورة واضحة بين الصحة، والخدمات الاجتماعية، والتعليم.

3-39: من شأن الأمور التالية أن تزيد من كفاءة خدمات الصحة النفسية

للأطفال في مقابل التكلفة:

أ ـ تقديم الخدمة بصورة كلية بواسطة الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين.

ب ـ التركيز على الممارسة القائمة على الدليل.

ج ـ استخدام التقييم المحوسب.

د ـ تقديم علاجات نفسية دون العلاج بالعقاقير.

هـ ـ مراقبة النتائج بصورة منتظمة.

إجابـات الأسئلة متعددة الاختيارات

Answers to the MCQs

كل إجابة عليها علامة «√» بمعنى صحيح أو « × » بمعنى خطأ ، وقد يتم إضافة بعض التعليقات عندما يتطلب الأمر.

1 ـ التقييم:

1-1: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ √

«غالباً ما توجد عوامل مخاطرة معروفة للاضطرابات النفسية للأطفال، ولكن نادراً ما يوجد سبب واحد مؤكد لها»

2-1: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ ×

3-1: أ– ×

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ √

4-1: أ – ×
ب ـ √
ج – ×
د ـ ×
هـ ـ √

«الفحص الطبي أساسي لكنه قد يقتصر على قياس الطول والوزن ومحيط الرأس، وفحص القلب بالسماعة نادراً ما يتطلبه الأمر، ومعظم المتلازمات تبدو أثارها على شكل الرأس والوجه والأيدي، وعند ذلك يمكن المضي قدماً في الفحص الطبي الكامل».

2 ـ التصنيف:

1-2: أ – ×
ب ـ√
ج – ×
د ـ ×
هـ ـ √

«يُعتبر القهم العصابي والفصام من أمثلة اضطرابات المراهقين التي لا تدخل ضمن المجموعات الثلاث»

2-2: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

3-2: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √

د ـ ×
هـ ـ √

4-2: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

«يمكن استخدام هذه القيم للمساعدة في تحديد عدد الأبعاد في تحليل العوامل»

3 ـ الوبائيات:

1-3: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

3-2: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

3-3: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

4-3: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

5-3: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

4 ـ اضطرابات طيف التوحد:

1-4: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د – √
هـ ـ √

«يزيد شيوع المخاوف الخاصة وسلوك إيذاء الذات، لكنها ليست خصائص مميزة»

2-4: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

غالباً ما يكون لدى أطفال التوحد مقاومة للتغيير، وعدم القدرة على التواصل بالنظر، أو تجنب المواجهة «يختلف ذلك عن الوضع في حالة متلازمة هشاشة صبغ X»

3-4: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

4-4: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

5-4: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

6-4: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

7-4: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

على عكس المتوقع قد يكون مآل حالات التوحد أفضل في وجود إعاقة مصاحبة، أو عشوائية، أو حركات غير إرادية، أو تاخر النضج البصري.

8-4: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

ما يقرب من 10٪ يفقدون المهارات المعرفية في المراهقة، ومايقرب من 10٪ يقومون بوظائف مدفوعة الأجر، ونسبة أقل يمكنهم الزواج.

9-4: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

إذا فقد أطفال التوحد مهاراتهم المعرفية، فإن ذلك يحدث عادة في البداية «تحت سن 3 سنوات»، أو في المراهقة، وقد تتضمن القدرات العادية أو المتفوقة حل الألغاز أو مواهب موسيقية وفنية، أو القدرة على تحديد تاريخ أيام وأزمنة بعيدة «مثل عيد الميلاد في عام 1887».

10-4: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

غالباً ما يكون التناسق الحركي ضعيفاً، ونادراً ما يكون رشيقاً.

5 ـ فرط النشاط «اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط»:

1-5: أ ـ √
ب ـ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

2-5: أ ـ √
ب ـ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

من مؤشرات التوحد أو عجز التعلم العام شكل اليد والحركات غير الإرادية، وبعض أطفال فرط النشاط يظهر عليهم علامات ارتفاع الحالة المزاجية لكن ذلك ليس من العلامات المميزة.

3-5: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

حركات العرة تتميز بأنها مفاجئة ومتكررة ومتطابقة ودون هدف.

4-5: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ ×

البعض من الأطفال المصابين بفرط النشاط يحتاج فترات قصيرة من النوم، والبعض الآخر ينام مدة طويلة أو لديه صعوبة في النوم، إذاً فمشكلات النوم ليست خاصية مميزة للحالة.

5-5: أ ـ ×

ب ـ√

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ√

6-5: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ √

يرتبط إهمال الوالدين وغير ذلك من العوامل السيئة في الأسرة بحدوث اضطرابات السلوك، وقليل من أطفال فرط النشاط لديهم اضطرابات عصبية، لكن يظل هناك شك في نسبة أكبر منهم لديهم اضطرابات عصبية خفية.

7-5: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ √

8-5: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ √

لا يوجد بحث علمي أو دلالة إكلينيكية على أن عدم الاستقرار وتشتت الانتباه فى الحالات الشديدة تتحسن بالعلاج النفسي، وأطفال فرط النشاط يتحسن الأداء لديهم في فصول الدراسة الهادئة المنظمة.

9-5: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ √

6 ـ اضطراب السلوك:

1-6: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ ×

أكثر شيوعاً في الأولاد في كل الأعمار، وغالباً ما تكون مستديمة أكثر من الاضطرابات الانفعالية

2-6: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ √

د ـ √
هـ ـ √

3-6: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

4-6: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

إن غياب الملاحظة والنظام العشوائي يرتبط بحدوث اضطراب السلوك.

5-6: أ ـ ×
ب ـ√
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

تُعتبر السرقة والغياب من المدرسة من مظاهر اضطراب السلوك.

6-6: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

7-6: أ ـ √

ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

8-6: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ√

9-6: أ ـ ×
ب ـ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

المرض العضوي هو السبب الرئيسي في الغياب من المدرسة في معظم الأعمار.

7 ـ جنوح الأحداث:

1-7: أ ـ ×
ب ـ√
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

2-7: أ ـ ×
ب ـ √

ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

إن معظم الأحداث الجانحين هم ممن يرتكبون الإجرام في مناسبة واحدة، وغالبيتهم يخلو من الاضطرابات النفسية، وبالمقارنة لذلك فإن قلة ممن يتم قبولهم من الجانحين لديهم اضطرابات سلوكية سابقة خلال أو عقب المراهقة.

3-7: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

في دراسة كامبردج الطولية لتطور الجانحين، فإن تقرير المعلم بخصوص سلوك صعب لطفل في الثامنة يعتبر مؤشراً للتنبؤ بالجنوح فيما بعد.

4-7: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

8 ـ رفض المدرسة:

1-8: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

2-8: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ ×

تبدأ الحالة في الغالب عندما يضطر الطفل للعودة إلى المدرسة بعد مدة من الغياب، ولذلك فإنها أكثر شيوعاً في بداية العام الدراسي أكثر من نهاية العام، ويمثل رفض المدرسة السبب في عدم الحضور أقل من المرض العضوي والهروب من المدرسة.

3-8: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ √

4-8: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ ×

يرتبط رفض المدرسة بصفة مبدئية بالاضطرابات الانفعالية، وليس مع فرط النشاط أو اضطراب السلوك أو الجنوح، ومعظم الآباء للأطفال الذين يرفضون المدرسة يعتبرون التعليم في درجة عالية من الأمية، ويبدون الكثير من القلق لرفض أطفالهم للمدرسة، أما رؤية المدرسة على أنها أقل أهمية فإنها غالباً ما ترتبط بأمثال الوالدين.

5-8: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

لا يوجد صلة خاصة بين السرقة من المنزل والمشكلات السلوكية الأخرى وهناك فقط أقلية صغيرة تصاب بالمخاوف المرضية فيما بعد.

6-8: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

7-8: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

ما يقرب من الثلث لديهم اضطرابات انفعالية دائمة.

9 ـ اضطرابات القلق:

1-9: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

ترتبط اضطرابات القراءة بقوة مع فرط الحركة واضطرابات السلوك أكثر (العودة للأصل) الاضطرابات الانفعالية.

2-9: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

يشيع حدوث الحالة في الأطفال في مرحلة ما قبل المراهقة، ويكون عدم الإقبال على الكلام في أي مكان خارج المنزل مؤشراً على الخرس الاختياري.

3-9: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

4-9: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

10 ـ الاكتئاب والهوس:

1-10: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

2-10: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ

د ـ ×

هـ ـ ×

3-10: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

11 ـ الانتحار وتعمد إيذاء الذات:

1-11: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

2-11: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ √

3-11: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ ×

4-11: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

5-11: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

نحو 1٪ من صغار السن الذين يقومون على إيذاء أنفسهم يقدمون على الانتحار عادة في العامين التاليين لتلك المحاولة.

12 ـ اضطرابات الكرب (الضغوط):

1-12: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

2-12: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

على الرغم من أن مشكلات الأقران يمكن أن يكون لها مضاعفات نفسية مثل الاكتئاب، أو إيذاء النفس لكن الرفض من جانب الأصدقاء غالباً لا يؤدي إلى إثارة شديدة وخبرة مرعبة، مثل تلك التي ينشأ عنها اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

3-12: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

4-12: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

13 ـ اضطراب الوسواس القهري:

1-13: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

2-13: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

يمكن وجود ارتباط بين اضطراب الوسواس القهري وزيادة مستويات أوكستوسين في السائل النخاعي، أو مع دلائل اضطراب العقد القاعدية.

3-13: أ ـ ×
ب ـ ×

ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

على الرغم من أن الأمور الجنسية ومسألة الموت من المواد الشائعة في القلق الوسواسي ـ مما يتلاءم مع افتراضات فرويد ـ فإنه لا يوجد دليل على أن العلاج النفسي له فعالية في حالات الوسواس القهري، ويتم استخدام الفنفلورامين كمنبه للسيروتونين دون تحقيق نتائج جيدة في علاج حالات التوحد.

14 ـ متلازمة توريت وغيرها من اضطرابات العرات:

1-14: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

2-14: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

3-14: أ ـ ×
ب ـ√
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

من غير المعتاد حدوث الصرع.

4-14: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

من غير المعتاد وجود عجز تعلم عام وعلامات عصبية مركزية.

5-14: أ ـ ×

ب ـ√

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ ×

قد يُستخدم إيمبيرامين في علاج النشاط المصاحب.

15 ـ الخرس الانتقائي:

1-15: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ √

2-15: أ ـ √

ب ـ√

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ √

البداية المفاجئة بعد التعرض لكرب واضح من خصائص الخرس الهستيري الذي يتضمن فقدان النطق في كل المواقف.

16 ـ اضطرابات التعلق:

16-1: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ ×

16-2: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ ×

إن الالتصاق في الطفولة والرغبة في البقاء بجوار الغرباء من الكبار هي علامات اضطرابات التعلق الشديدة.

16-3: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

إن العدوانية التي تحدث نتيجة للضغوط النفسية هي علامة على وجود اضطراب التعلق لدى الطفل، واضطراب النوم لا يعتبر من الخصائص المميزة لاضطراب التعلق.

17 ـ سلس البول:

1-17: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ

2-17: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

لا يبدو تأخر النضج أمراً مرتبطاً بالأطفال الذين يتحكمون في التبول عند الوقت الملائم وتبدأ مشكلة التبول لديهم بعد ذلك بعدة سنوات.

3-17: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ √

هناك العديد من الأسباب الإنسانية لتجنب التدريب لعملية الإخراج القاسي،غير أن تلافي مخاطرة حدوث التبول اللاإرادي ليس واحداً من هذه الأسباب.

4-17: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ ×

ترتبط حالات التبول مع تزايد معدلات حدوث كل من المشكلات السلوكية والانفعالية، وزيادة المشكلات النفسية من المحتمل أن تكون نتيجة للتبول الثانوي.

5-17: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

6-17: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

يتم استخدام المنبهات في حالات فرط النشاط، وكاربامازبين هو أحد مضادات الصرع ويستخدم أيضاً مثل مستحضرات الليثيوم للوقاية في حالات الاضطراب ثنائي القطب.

7-17: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

8-17: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

18 ـ التلوث البرازي:

1-18: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

2-18: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

3-18: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

4-18: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

قد يُستخدم إيميبرامين كعلاج للأعراض في حالات التبول اللاإرادي.

5-18: أ ـ ×
ب ـ √

ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

لا يعتمد مآل الحالات على الجنس.

19 ـ اضطرابات النوم:

19-1: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

19-2: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

19-3: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

19-4: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

20 ـ الأمراض النفسية الجسدية:

1-20: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

2-20: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

3-20: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

4-20: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

21 ـ مشكلات مرحلة ما قبل المدرسة:

1-21: أ ـ ×
ب ـ √

ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

2-21: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

3-21: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

22 ـ الاضطرابات في مرحلة المراهقة:

1-22: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

سواء بالنسبة لاضطرابات المراهقة طويلة الأمد أو حديثة العهد فإن معظمها اضطرابات انفعالية أو سلوكية.

2-22: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

3-22: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

قد يمثل تآكل غطاء الأسنان علامة على تكرار تعمد القيء في حالات القهم العصابي، أو النهم العصابي.

4-22: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

5-22: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

6-22: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

إن الإصرار على عدم التغيير وعكس الضمائر في الكلام من المؤشرات على التوحد.

7-22: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ √

8-22: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ √

9-22: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ √

10-22: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

23 ـ سوء معاملة الأطفال:

1-23: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

2-23: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ √

إن الكثير من الأطفال الذين يحضرون إلى الطوارئ بإصابات لا علاقة لها بسوء المعاملة يبكون ويبدو عليهم الخوف مما سيفعله بهم الأطباء بالمستشفى.

3-23: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ √

على الرغم من ارتباط إدمان على الكحول بالإساءة إلى الأطفال، فإن جرعة من 4 وحدات أسبوعياً تكون متواضعة بالنسبة لتعاطي حوالي مقدارين من البيرة أو نصف زجاجة من النبيذ أسبوعياً.

4-23: أ ـ ×

ب ـ×

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ ×

5-23: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ ×

6-23: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

إن الاساءة المعنوية عادة ما تصاحب أنواع الإساءة الأخرى.

7-23: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

8-23: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

9-23: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

10-23: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

11-23: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ √

24 ـ إعاقة التعلم العامة

1-24: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ ×

2-24: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ ×

إن تعدد الجينات المعتد به له أهمية في حالات عجز التعلم العام الخفيف، بينما الجين الرئيسي الواحد له أهمية أكثر في عجز التعلم العام الشديد، والمشكلات الملحوظة في تعلم مهارات جديدة من العواقب المباشرة للنقص الحاد في حاصل الذكاء.

3-24: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

إن صغر حجم الجمجمة وخلل الإنزيمات من الخصائص المميزة لعجز التعلم العام، وكما يشير التعريف فإن عجز التعلم العام الخفيف ينطوي على معامل ذكاء بين 50-69.

4-24: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

إن متلازمة داون وراء جانب كبير من حالات عجز التعلم العام الشديد، ولكنها موجودة في جزء صغير من الحالات، إذا أخذنا في الاعتبار كل حالات عجز التعلم، أي بإضافة الأعداد الكبيرة من حالات عجز التعلم العام الخفيفة أيضاً.

5-24: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

نقص التوتر وليس زيادة التوتر العضلي.

6-24: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

مع الاختبار المباشر للحمض النووي فإن مزرعة الخلايا لم تعد ضرورة، والحالة المرضية هي وفرة تكرار النيوكلوتيدات الثلاثية وليس الببتيدات الثلاثية، ولنتذكر قراءة الأسئلة بعناية حيث يقوم الممتحنون باللجوء إلى الخدع في بعض المناسبات.

7-24: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

تُعتبر متلازمة كحولية الجنين من الأسباب الشائعة للحالات الخفيفة، وليس الشديدة من عجز التعلم العام العقلي، وكبر حجم الأذن قد يعزى إلى متلازمة هشاشة الصبغي X، ويحدث في متلازمة كحولية الجنين تشوهات في الشفة العليا.

8-24: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ ×

التكاثر الليفي العصبي من الحالات السائدة، ومتلازمة هنترز (Hunter's syndrome) متنحية مرتبطة بالجنس.

9-24: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ ×

متلازمة سترج ـ فيبر (Sturge-Weber syndrome) في العادة متفرقة، وليش نيهان (Lesh- Nyhan syndrome) متنحية مرتبطة بالجنس ،بينما التصلب العصبي حالة سائدة.

10-24: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ ×

الحالة الأكثر ارتباطاً بالأورام الجلدية في توزيع الأعصاب الطرفية هي التكاثر الليفي العصبي أكثر من التصلب العصبي، وكل أنواع التشنجات تحدث مع التصلب العصبي غير أن التقلصات الطفولية ترتبط بالحالة بصفة خاصة.

11-24: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ ×

12-24: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ √

13-24: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ √

14-24: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

على الرغم من أن الانتباه الزائد من شأنه تعزيز سلوك إيذاء الذات لبعض الأطفال، فإن التأثير العكسي قد يحدث حين يكون هدف هذا السلوك هو إبعاد الآخرين وتجنب مطالبهم وتدخلاتهم، وقد تساعد المنبهات في علاج أطفال فرط الحركة المصحوب بنوع خفيف أو متوسط من عجز التعلم لكن على حساب سلوكيات الأفعال الوسواسية والتكرار.

15-24: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ ×

إن متلازمة ويليامز (فرط الكالسيوم في الدم لدى الأطفال مجهول السبب) تكون مصحوبة بما يعرف «حفلة كوكتيل الكلام»، والذي يتضمن الكلام المتدفق المليء بالابتذال وعدم الترابط، ومتلازمة بيدار ويلي يصحبها نهماً للطعام لا يعرف الشبع، ويصحب متلازمة الكحول الجنينية حدوث فرط النشاط.

25 ـ اضطرابات الدماغ:

1-25: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ √

2-25: أ ـ √

ب ـ√

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

إن النوبات التشنجية الجبهية بصفة خاصة هي الأقرب إلى حدوث الخطأ في تشخيصها على أنها تشنجات كاذبة.

26 ـ اضطرابات اللغة

1-26: أ ـ ×

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ √

2-26: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ ×

3-26: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ √

27 ـ صعوبات القراءة:

1-27: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

إن اضطراب القراءة يكون مصحوباً في الأسر كبيرة الحجم أكثر من الأسر صغيرة الحجم.

2-27: أ ـ √

ب ـ √

ج ـ ×

د ـ ×

هـ ـ √

بدون قياس كل من الذكاء وقدرة القراءة يصبح من غير الممكن عموماً التأكد من وجود تباين ملموس بينهما، ويوجد بعض الاستثناءات منها على سبيل المثال حالة مراهق في سن 14 عاماً لديه قدرة فائقة على حل المسائل شفهياً غير أنه لم يتمكن من تعلم القراءة رغم ما بُذِل معه من جهد، وهذا لديه مشكلات قراءة نوعية لا تتطلب إجراء قياس للذكاء، رغم أن قياس الذكاء يمكن أن يظل في هذه الحالة محل اهتمام.

3-27: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

كما ذكر آنفاً فإن القياس النفسي للذكاء وقدره، من الأمور الضرورية في تشخيص اضطراب القراءة النوعي.

4-27: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

5-27: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

6-27: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

7-27: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

28 ـ الارتباط غير الآمن

28-1: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

28-2: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

28-3: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

28-4: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

28-5: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

طورت ماري مين أسلوب المقابلة الخاصة بالارتباط للراشدين.

6-28: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

29 ـ الطبع والتطبع (الطبيعة والتربية «التنشئة»)

1-29: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

2-29: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

3-29: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

30 ـ التعايش مع الظروف غير المواتية

1-30: أ ـ √
ب ـ ×

ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

2-30: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

3-30: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

4-30: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

5-30: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

31 ـ عوامل المدرسة والأقران:

1-31: أ ـ √
ب ـ ×

ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

2-31: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

3-31: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

4-31: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

5-31: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ√

32 ـ المداخلة والمبادئ الأولية

1-32: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

حتى في الحالات التي يتم فيها التشخيص دون أن يؤدي ذلك إلى التوصل إلى علاج محدد فإن الأسر تشعر بالرضا لمعرفة التشخيص بما قد يساعدهم على فهم الأسباب والمآل أو إمكانية إصابة عنصر آخر في الأسرة بحالة مماثلة.

2-32: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

3-32: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

4-32: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

5-32: أ ـ ×
ب ـ √

ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

6-32: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

من الممارسات غير الأخلاقية للأطباء سوء استخدام حريتهم في إعطاء علاجات دون اعتبار لدلائل فعاليتها في الحالات التي توصف لها.

33 ـ الوقاية

1-33: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ ×

تُعتبر حالة بيلة الفينيل كيتون (Phenylketonurea) مثالاً على الحالات التي يمكن تجنبها بالمسح المبكر والعلاج غير الجيني، بواسطة الغذاء.

2-33: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

يمكن أن تكون (ب) و (د) صحيحة لو ذكرت هكذا: موجبات حقيقية وسلبيات حقيقية بهذا الترتيب.

34 ـ الدواء والغذاء:

1-34: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ ×

2-34: أ ـ ×

ب ـ ×

ج ـ ×

د ـ √

هـ ـ ×

بعض الأدوية غير مجموعة المنبهات يمكن أن تكون الاختيار الأفضل لعلاج فرط النشاط في الأطفال الذين يعانون من العرّة، ليس بسبب عدم فعالية المنبهات ولكن لأنها قد تؤدي إلى تفاقم حدوث العرّة.

3-34: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ ×

هـ ـ √

4-34: أ ـ √

ب ـ ×

ج ـ √

د ـ √

هـ ـ √

5-34: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

تتميز المتلازمة الخبيثة للأدوية المهدئة المؤثرة على الجهاز العصبي بارتفاع الحرارة وليس هبوطها، وقد تتطور الأعراض المبكرة إلى هبوط بالدورة الدموية وإخفاق أجهزة متعددة بالجسم قبل مرور 48 ساعة، ويجب التوقف عن إعطاء الأدوية المؤثرة على الجهاز العصبي بمجرد الشك أن المتلازمة أخذت في الحدوث.

6-34: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

7-34: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

8-34: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ ×
هـ ـ √

يمكن استخدام الليثيوم في علاج الأطفال الذين لديهم نوبات من الهياج والعدوانية وسرعة الاستثارة، والذين لا يمكن مساعدتهم من خلال العلاج النفسي.

9-34: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

10-34: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

11-34: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

35 ـ المعالجات السلوكية:

1-35: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ√

تم وصف أسلوب التشريط الإجرائي بواسطة سكنر، ويحدث التدعيم السلبي عندما يدعم السلوك الذي يسمح للشخص بالتخلص من عواقب غير مرغوبة ومثال ذلك ثورة الغضب التي يبديها الطفل لمنع الأبوين من الإلحاح عليه لتأدية الواجبات المدرسية.

2-35: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

3-35: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

4-35: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

36 ـ العلاج المعرفي والعلاج بين الأشخاص:

1-36: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

2-36: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

3-36: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

4-36: أ ـ ×
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

تم تطويرها بواسطة (جيرالد كليرمان) و(ميرنا ويزمان).

5-36: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

37 ـ العلاجات الأسرية والمجموعية:

1-37: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ ×

2-37: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

3-37: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

4-37: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

الاستفسار الدوار من المكونات الأساسية لعلاج ميلان المنتظم.

5-37: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

6-37: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

7-37: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ ×

من الممارسات الجيدة الانفراد بالطفل ولو مرة واحدة على الأقل أثناء العلاج على الرغم من عدم وجود توجيه بذلك فيما يختص بالعلاج الأسري.

38 ـ الرعاية الصحية (الحضانة) والتبني

1-38: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

2-38: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ √

3-38: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

الأطفال الذين يتم حضانتهم وتبنيهم مبكراً يكون وضعهم في العامة أفضل.

39 ـ تنظيم الخدمات:

1-39: أ ـ √
ب ـ ×
ج ـ √
د ـ √
هـ ـ √

2-39: أ ـ √
ب ـ √
ج ـ ×
د ـ √
هـ ـ ×

3-39: أ ـ ×
ب ـ √
ج ـ √
د ـ ×
هـ ـ √

بعض المعالجات الدوائية يمكن أن تكون فعالة ورخيصة نسبياً، مثل المثيل فيندات لعلاج تشتت الانتباه مع فرط النشاط، والعلاجات التي تُعتبر ذات القيمة الأفضل من جهة المآل تتضمن كل من الوسائل النفسية والعقاقير.

المراجع
References

- Ampdell, S.B (1995) Behaviour problem in preschool children: a review of recent research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39,113-149.

- Angold, A. (2002) Diagnostic interviews with parents and children. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp. 18-31.

- Bailey, s. (2002) Treatment of delinquents. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.1019-1037.

- Berg, I. (1992) Absence from school and mental health. British Journal of Psychiatry, 161, 154-166.

- Bernard, S.H. (2002) Services for children and adolescents with severe learning disabilities (mental retardation) In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.1114-1127.

- Bishop, D.V.M. (2002) Speech and language difficultion. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.664-681.

- Black, D. (2002) Bereavement. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.299-308.

- Black, D. (2002) Bereavement. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.261-276.

- Bloomquit, M. L. and Schell, S. V. (2002) Helping children with Aggression and Conduct Problems. Guiford Press, New York. Earls, F. and Mezzacappa, E. (2002) Oppositional-defiant and conduct disorders. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.419-436.

- Brent, D.A. et al. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of depression and anxiety. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.921-937.

- Cicchetti, D. and Lynch, M. (1995) Failures in the expectable environment and their impact on individual development: the case of child maltreatment. In Cicchetti, D. and Cohen, D. (eds) Developmental Psychopathology. Vol.2. Wiley, London, pp. 32-72.

- Clayden, G. et, al. (2002) Wetting and soiling in childhood. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.793-809.

- Clayden. G. et al. (2002) Wetting and soling in childhood. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.796-809

- Compas, B.E. et al (2002) Problem solving therapy. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.983-3-948.

- Emery, R.E. and Laumann-Billings, L. (2002) L. (2002) Child abuse In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.325-339.

- Fergusson, D.M. and Mullen, P.E. (1999) Childhood Sexual Abuse. Sage, London.

- Garralda, M. E. (1996) Somatistion in children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 13-33.

- Glaser, D. (2002) Child sexual abuse. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.42.269-278.

- Goodman, R. (2002) Brain disorders. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.241-260.

- Grenberg, M.T. (1999) Attachment and psychopathology in childhood. In: Cassidy, J. and Shaver, P.R. (eds) Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Guilford, New York, pp.469-496.

- Harrington, R. (2002) Affective disorders In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.463-485.

- Hay, D.F.et al. (2004) Peer relations in childhood. Journal of child Psychology and Psychiatry, 45, 84-108.

- Herbert, M. (2002) Behavioral therapies. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.900-920.

- Heyman, I. and Santosh, P. (2002) Pharmacological and other physical treatments. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.998-1018.

- Hill, J. and Maugham, B (2001) Conduct Disorders in Adolescence. Cambridge University Press, Cambridge.

- Hill, P. (2002) Adjustment disorders. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.510-519.

- Hollis c. (2002) Schizophrenia and allied disorders. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.612-635.

- Jacobs, B.W. (2002) Individual and group therapy In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.983.

- Jacobs, B.W. and Pearse, J. (2002) Family therapy. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.968-982.

- King, N. J. and Bernstein, G.A (2001) School refusal in children and adolescents: a review of the past ten years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40,197-205.

- Klein, "R. G. and Pine, D, S. (2002) Anxiety disorders. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.486-509

- Leckman, J.F. Cohen, D.J. (2002) Tic disorders. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.593-611.

- Lord, C. and Bailey, A. (2002) Autism spectrum disorders. In: Rutter, M. and Taylor, E (eds) child and Adolescent Child. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp. 636-663.

- Luthar, S.S. et al. (2002) The construct of resilience for future work. Child Development, 71,543-562.

- McGuffin, P. and Rutter, M. (2002) Genetics of normal and abnormal development. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.185-204.

- Mrazek, D.A. (2002) Child and Adolescent Psychiatric aspects of

somatic disease and disorders In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.810-827.

- O, T. G. (2002) Attachment disorders of infancy and childhood. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.776-792.

- Offord, D.R. and Bennett, K, J. (2002) Prevention. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.881-899.

- Perrin, S. et al. (2002) The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Journal of child Psychology and Psychiatry, 41,277-289.

- Putnam, F (2003) Ten-year research update review: child sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42,269-278.

- Rapoport, J. and Swedo, S. (2002) Obsessive-compulsive disorder. Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.571-592.

- Roberts, E. R. et al. (1998) Prevalence of psychopathology among children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 155, 715-725.

- Rushton, A. and Minnis, H. (2002) Residential and foster family

care. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.359-372.

- Rutter, M (2002) Substance use and abuse: causal pathways considerations. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.455-462

- Rutter, M. and Maughan, B. (2002) School effectiveness findings 1979-20002. Journal of School Psychology, 40,451-471.

- Rutter, M. a and Taylor, E. (2002) Clinical assessment and diagnostic formulation. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.18-31.

- Rutter, M.et al. (1998) Antisocial Behaviour by Young People. Cambridge University Press, Cambridge.

- Rutter, M.et al. (1999) Genetics and child psychiatry. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 3-18.

- Sandberg, S. and Rutter, M. (2002) The role of acute life stresses. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.287-298.

- Schachar, R. and Tannock, R. (2002) Syndromes of hyperactivity and attention deficit. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.399-418.

- Scott, S. (2002) Parent training programms. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.949-967.

- Scott, S. and Lindesey, C. (2003) Therapeutic approaches in adoption. In: Argent, H. (eds) Models of Adoption Support. British Association and Fostering, London, pp.209-240.

- Shaffer, D. and Gutsein, J. (2002) Suicide and attempted suicide. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.529-554.

- Skuse, D.H. and Kuntsi, J. (2002) Molecular genetic and chromosomal abnormalities: cognitive and behavioral consequences. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.205-240.

- Snowling, M.J. (2002) Reading and other learning difficulties. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.682-696.

- Standard, S. and Le Couteur, A. (2003) The quiet child and: a literature review of selective mutism. Child and Adolescent Mental Health, 8, 154-160.

- State, M.W.et al. (2002) The genetics of childhood psychiatric disorders: a decade of progress. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 39,946-962.

- Steinhausen, H.C. (2002) Anorexia and bulimia In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.555-570.

- Tanguay, P. E. (2002) Pervasive developmental disorders: a ten-year review. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 39, 1079-1095.

- Taylor, E. Rutter, M. (2002) Classification: Conceptual issues and substantive findings. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp. 3-17.

- Toppellberg, C.O. and Shapiro, T. (2002) Language disorders: a ten-year research update review. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 39,143-152.

- Volkmar, F .R. et al. (2004) Autism and Pervasive developmental disorders. Journal of child Psychology and Psychiatry, 45,135-170.

- Volkmar, F. and Dykens, E. (2002) Mental retardation. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.697-710.

- Wamboldt.M.Z. and Wamboldt, F.s. (2000) Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 39, 1212-1219.

- Weinbeg, W.A. et al. (2002) Substance use and abuse: epidemiology, pharmacological considerations identification and suggestion towards management. In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp. 437-454.

- Yule, W. (2002) Post-traumatic stress disorders In: Rutter, M. and Taylor, E. (eds) child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Blackwell Science, Oxford, pp.520-528.

المحتويات

تقديم الأمين العام ـــــــ

الفصل الرابع عشر: متلازمة توريت وغيرها من اضطرابات العرّة ـــــ 173
الفصل الخامس عشر: الخرس الانتقائي ـــــ 179
الفصل السادس عشر: اضطرابات التعلق ـــــ 185
الفصل السابع عشر: سلس البول ـــــ 193
الفصل الثامن عشر: التلوث البرازي ـــــ 203
الفصل التاسع عشر: اضطرابات النوم ـــــ 209
الفصل العشرون: الأمراض الجسدية النفسية ـــــ 221
الفصل الحادي والعشرون: مشكلات مرحلة ما قبل المدرسة ـــــ 237
الفصل الثاني والعشرون: الاضطرابات في مرحلة المراهقة ـــــ 243
الفصل الثالث والعشرون: إساءة معاملة الأطفال ـــــ 261
الباب الثالث: عوامل الاختطار ـــــ 287
الفصل الرابع والعشرون: إعاقة التعلم العامة ـــــ 289
الفصل الخامس والعشرون: اضطرابات الدماغ ـــــ 305
الفصل السادس والعشرون: اضطرابات اللغة ـــــ 313
الفصل السابع والعشرون: صعوبات القراءة ـــــ 321
الفصل الثامن والعشرون: الارتباط غير الآمن ـــــ 333
الفصل التاسع والعشرون: الطبع والتطبع (الطبيعة والتنشئة) ـــــ 347
الفصل الثلاثـــــون: التعايش مع الظروف غير المواتية ـــــ 361
الفصل الحادي والثلاثون: عوامل المدرسة والأقران ـــــ 375
الباب الرابع: المعالجة والخدمات ـــــ 383

الفصل الثاني والثلاثون: المداخلة والمبادئ الأولية ——— **385**
الفصل الثالث والثلاثون: الوقاية ——— **395**
الفصل الرابع والثلاثون: الدواء والغذاء ——— **405**
الفصل الخامس والثلاثون: المعالجات السلوكية ——— **417**
الفصل السادس والثلاثون: العلاج المعرفي والعلاج بين الأشخاص ——— **429**
الفصل السابع والثلاثون: العلاجات الأسرية والمجموعية ——— **439**
الفصل الثامن والثلاثون: الرعاية (الحضانة) والتبني ——— **465**
الفصل التاسع والثلاثون: تنظيم الخدمات ——— **475**
الباب الخامس: أسئلة متعددة الاختيارات وإجاباتها ——— **489**
أسئلة متعددة الاختيارات ——— **491**
إجابات الأسئلة متعددة الاختيارات ——— **573**
المراجع: ——— **627**